

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Radka Hvězdová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Otázka dodržování pitného režimu u seniorů

Radka Hvězdová

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka Hvězdová**
Osobní číslo: **Z10013**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Otázka dodržování pitného režimu u seniorů.**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. ADAMS, B.; HAROLD, C.E. Sestra a aktuální stavy od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-893-8.
2. HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
3. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R. a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
4. MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
5. SCHULER, M.; OSTER, P. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. července 2013**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne.....

Podpis.....

Tímto bych chtěla velice poděkovat Mgr. Haně Ochtinské za odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji klientům oslovených zdravotnických zařízení a sestřám za jejich pomoc při vyplňování dotazníků. Velký dík patří také mé rodině za jejich velkou trpělivost a podporu.

ANOTACE

V práci se zabývám dodržováním pitného režimu u hospitalizovaných seniorů. Cílem této práce je zjistit, zda senioři ve zdravotnických zařízeních dodržují správný pitný režim. Zabývám se i tím, zda jsou všichni dostatečně informováni zdravotnickými pracovníky o pitném režimu a nedochází tak k dehydrataci jejich organismu, což by mělo za následek spoustu zdravotních komplikací.

V teoretické části práce mě zajímalo období stáří s fyzickými a psychickými změnami ve stáří. Dále se zabývám tekutinami, které běžně pijeme, a nejčastějšími minerálními látkami, které jsou v tekutinách obsaženy. Zmiňuji se také o pitném režimu, dehydrataci a hyperhydrataci a nakonec ošetřovatelskou péči o dehydratovaného pacienta.

KLÍČOVÁ SLOVA

dehydratace; minerální látky; pitný režim; období stáří; voda

ANOTATION

This work deals with the observance of drinking regime of hospitalized elderly. The main aim of this work is to determine whether seniors in health care facilities keep the correct drinking regime. I also compare the facts whether they are sufficiently informed by health care professional about the drinking regime and due to this they are able to avoid dehydration of the body which would cause a lot of health complications.

The theoretical part describes the old age periods with the physical and mental changes. I describe the common drinking fluids and the most common minerals which are contained. I mention drinking, dehydration and hyperdehydration in the end I mention importance of nursing care for dehydrated patients.

KEYWORDS

dehydration; mineral substances; drinks; old age; the water

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ.....	9
SEZNAM TABULEK.....	10
ÚVOD	11
CÍLE	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Období stáří.....	13
1.1 Fyzické změny.....	15
1.1.1 Nervový systém	15
1.1.2 Kardiopulmonální a vaskulární systém.....	15
1.1.3 Trávicí systém	15
1.1.4 Pohybový systém.....	16
1.1.5 Vylučovací systém	16
1.1.6 Pohlavní systém.....	16
1.1.7 Kožní systém.....	16
1.1.8 Termoregulace	17
1.1.9 Smyslové orgány.....	17
1.2 Psychické změny	17
1.2.1 Zhoršené vnímání	17
1.2.2 Zhoršené rozumové schopnosti	18
1.2.3 Změny osobnosti	18
1.2.4 Emoční změny	19
2 Tekutiny.....	20
2.1 Voda.....	20
2.2 Minerální vody.....	21
2.3 Čaje	21
2.4 Káva	21
2.5 Džusy	22
2.6 Limonády	22
2.7 Mléko.....	22
2.8 Energetické nápoje.....	23
2.9 Alkoholické nápoje	23
2.9.1 Pivo	23
2.9.2 Víno	24
2.9.3 Lihoviny	24
3 Minerální látky.....	25
3.1 Sodík	25
3.2 Draslík	25
3.3 Vápník.....	26
3.4 Hořčík.....	26

3.5 Fosfor.....	26
3.6 Chlór	27
4 Pitný režim	28
4.1 Dehydratace.....	29
4.1.1 Izotonická dehydratace	29
4.1.2 Hypertonická dehydratace	30
4.1.3 Hypotonická dehydratace	30
4.2 Hyperhydratace.....	31
4.2.1 Izotonická hyperhydratace.....	31
4.2.2 Hypertonická hyperhydratace.....	31
4.2.3 Hypotonická hyperhydratace	31
5 Ošetrovatelská péče	32
5.1 Úkoly sestry.....	32
5.2 Prevence dehydratace	32
5.3 Komplikace dehydratace.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
6 Metodika práce	34
6.1 Dotazník	34
6.2 Charakteristika výzkumu a sběr dat	35
6.3 Zpracování získaných dat	35
7. Prezentace výsledků práce	36
DISKUSE.....	56
ZÁVĚR	62
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obr. č. 1 Pohlaví respondentů.....	36
Obr. č. 2 Věk respondentů	37
Obr. č. 3 Kolik tekutin vypijí respondenti za 24 hodin?.....	38
Obr. č. 4 Vědí respondenti, kolik mají vypít tekutin za jeden den?.....	39
Obr. č. 5 Množství tekutin, které respondenti vypijí.	39
Obr. č. 6 Domnívají se respondenti, že dodržují správný pitný režim?.....	40
Obr. č. 7 Musí se respondenti přemáhat k pití?	41
Obr. č. 8 Tekutiny, které nejčastěji respondenti pijí.....	42
Obr. č. 9 Je zdravé pít minerální vodu po celý den?.....	43
Obr. č. 10 Započítává se káva do pitného režimu?.....	44
Obr. č. 11 Započítává se mléko do pitného režimu?	44
Obr. č. 12 Nabízení tekutin respondentům.	45
Obr. č. 13 Kdo nabízí respondentům tekutiny?	46
Obr. č. 14 Jak pravidelně respondenti pijí?	47
Obr. č. 15 Informovanost respondentů o pitném režimu a dehydrataci.....	49
Obr. č. 16 Kým byli respondenti informováni?	50
Obr. č. 17 Příznaky dehydratace.....	52
Obr. č. 18 Užívání diuretik.	53
Obr. č. 19 Onemocnění ovlivňující pitný režim.	54
Obr. č. 20 Jednotlivá onemocnění respondentů.....	55

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Druh a množství uvedených alkoholických nápojů	43
Tab. č. 2 Nabízení tekutin	47
Tab. č. 3 Přístup k tekutinám	48
Tab. č. 4 Informování respondentů	51

ÚVOD

Správné doplňování tekutin je důležité v každém věku. Ovšem u seniorů dochází k přirozenému úbytku vody v organismu. O to více je u této věkové skupiny tak podstatné správný pitný režim dodržovat. Pít pouze při hlavních denních jídlech nestačí, příjem tekutin by měl být během dne průběžný (Havlík, 2006).

Správný pitný režim je důležitý pro všechny tělesné orgány, především pro ledviny, které vylučují škodlivé látky vzniklé v těle. Může docházet ke vzniku ledvinových a močových kamenů nebo k poruchám funkce ledvin. Tekutiny neovlivňují jen tělesnou, nýbrž i psychickou stránku. Pokud dostatečně nepijeme, projeví se to na nás únavou, nesoustředěností, poklesem výkonnosti, bolestí hlavy nebo malátností. V běžném denním shonu často mírný a dlouhodobý nedostatek tekutin ani neregistrujeme a projeví se až vážnými zdravotními poruchami. (Kožíšek, 2005)

Problematika dehydratace a dodržování pitného režimu je často zmiňována nejen v odborné literatuře, ale často i v médiích, kde slýcháme rady odborníků, kteří laické veřejnosti vysvětlují důležitost pravidelného doplňování tekutin do organismu. I přes tuto skutečnost jsem si uvědomila, že jsem během své praxe málokdy zaregistrovala, že by zdravotní sestry věnovaly tolik pozornosti tomu, zda pacient dostatečně pije. Musím ale konstatovat, že mnohdy je na zdravotní sestru kladena spousta dalších důležitých úkolů, které musí zvládnout, a proto bývá kontrola vypitých tekutin často opomíjena.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zjistit, jak senioři ve zdravotnických zařízeních sami dodržují pitný režim, zda vědí, co pitný režim znamená, zda znají rizika nedostatečného příjmu tekutin, a jak často jim jsou tekutiny nabízeny zdravotnickými pracovníky.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou částí - na teoretickou a praktickou. V teoretické části se v pěti kapitolách zabývám fyzickým a psychickým stárnutím, tekutinami, minerálními látkami, pitným režimem, dehydratací, hyperhydratací a ošetřovatelskou péčí o dehydratovaného pacienta. V praktické části práce se věnuji výzkumu, který jsem prováděla během své praxe formou anonymního dotazníku na dvou geriatrických odděleních nejmenovaného zdravotnického zařízení.

CÍLE

Pro teoretickou část své práce jsem si stanovila tyto cíle:

1. Nastudovat literaturu týkající se pitného režimu a stáří.
2. Popsat období stáří.
3. Zpracovat přehled tekutin.
4. Popsat jednotlivé minerální látky.
5. Vysvětlit, co znamená pitný režim.
6. Definovat pojem dehydratace a hyperhydratace
7. Popsat ošetrovatelskou péči u dehydratovaného pacienta.

Cíle praktické části práce jsem si stanovila takto:

1. Zjistit, zda pacienti dodržují správný pitný režim.
2. Zjistit, zda se pacienti musí k pití přemáhat.
3. Zjistit, jaké tekutiny pacienti preferují.
4. Zjistit, zda si pacienti myslí, že se do pitného režimu započítává i káva a mléko.
5. Zjistit, zda jsou hospitalizovaným pacientům dostatečně nabízeny tekutiny.
6. Zjistit, jak pravidelně pacienti pijí.
7. Zjistit, zda jsou pacienti dostatečně informováni o důležitosti dodržování pitného režimu a o rizicích způsobených dehydratací.
8. Zjistit, zda užívají léky nebo mají onemocnění, které ovlivňuje jejich pitný režim.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Období stáří

Stáří je poslední etapou lidského života. Pod pojmem stáří se rozumí změny ve struktuře a funkcích organismu. Se stářím přichází nejen nejvíce nápadné fyzické změny, ale i změny psychické a také nemoci, které mohou výrazně ovlivnit následující život jedince. Vědu, která se tímto věkovým obdobím zabývá, označujeme jako gerontologii. Ta má řadu podoborů. Jedním z takových odvětví, které se zabývá nemocemi ve stáří a jejich léčbou, nazýváme geriatrie, dále gerontopsychologie, gerontosociologie a gerontopedagogika. (Langmeier, Krejčířová, 2006; Mlýnková, 2011)

Obecně lze říci, že člověk je za starého považován tehdy, když je tak pokládán ostatními členy společnosti. Uvádí se, že maximální hranice lidského života je věk 125 let. Tohoto věku se ale naprostá většina lidí nedožije. V současnosti je zpravidla dolní hranicí stáří označován věk 60 let. Vágnerová (2007) uvádí, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. Průměrný věk dožití je 78 let. Ovšem v roce 1900 byl za starého označován padesátiletý člověk. Na tomto příkladu je vidět, jak se věková hranice s vývojem společnosti posunuje. Je to dáno především tím, jaké pokroky přináší dnešní zdravotní péče. To, že se lidé dožívají stále vyššího věku, má i svá negativa v podobě řady nemocí a ztráty soběstačnosti. Naše společnost klade důraz na vitalitu a svěžest mládí. Vznikl tak pojem ageismus, což znamená přesvědčení o nízké hodnotě stáří (Vágnerová, 2007).

Stárnutí je ovlivňováno jak genetickými a biologickými, tak i psychickými a sociálními změnami. Na všechny tělesné a duševní pochody má vliv nervová a endokrinní soustava, která zajišťuje neurohumorální regulaci. Rozlišujeme dva způsoby stárnutí: normální a předčasné. Předčasné stárnutí je spojeno s dlouhodobým přetěžováním organismu, jako je kouření, alkoholismus, přeceňování fyzických a psychických sil nebo užívání drog a špatná životospráva (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Co se týče dědičné dispozice, lze obecně říci, že lidé mají počátek a průběh stárnutí zakódován a stejně tak mají zakódovány i pravděpodobnou délku života. Mluvíme o tzv. primárním stárnutí. Tento proces ovlivňuje DNA, která je nositelem genetické informace. Mezi primární změny zařazujeme snížení výkonnosti srdce, plic a centrální nervové soustavy.

Dochází k atrofii kosterních svalů a ke snížení tělesné váhy i výšky. Zhoršuje se zrak, sluch i čich (Vágnerová, 2007).

Stárnutí dále ovlivňuje spousta vnějších faktorů, které označujeme za sekundárně podmíněné. Jelikož je toto období pozdním obdobím života, tak je více než jasné, že se zde projeví, jakým způsobem jsme prožili fáze předchozí, například náš životní styl nebo stravovací návyky. Somatické funkce ovlivní i řada nemocí, které jsme během života prodělali. Sekundární změny nastupují vlivem současných nemocí. Typická je přítomnost většího počtu různých nemocí, což odborně nazýváme polymorbiditou. Časté jsou hlavně nemoci chronické a jejich komplikace. Ovšem zhoršení stavu nemusí být nezvratné, může dojít ke zlepšení. Nejčastější příčinou úmrtí jsou kardiovaskulární, cerebrovaskulární a nádorová onemocnění (Vágnerová, 2007).

Existuje mnoho různých dělení tohoto pozdního období života. Například WHO zavedla tyto stupně dělení:

1. stárnoucí člověk od 60 do 74 let
2. starý člověk od 75 do 89 let
3. stařecký člověk od 90 let (Čížková et al, 2008)

Nejznámější periodizaci období stáří popisuje Václav Příhoda ve své knize Ontogeneze lidské psychiky:

1. senescence od 60 do 75 let
2. kmetství od 75 do 90 let
3. patriarchium 90 let a více (Čížková et al, 2008)

E.H. Erikson dělí život do osmi vývojových etap. Etapu stárnutí a stáří nazývá Integrita proti strachu ze smrti a zahrnuje do ní člověka od 65 let (Čížková et al, 2008).

V tomto životním období se lidé vyrovnávají se smrtelností. Stáří by měli přijmout jako nezbytnou etapu života. Většinou se ohlíží zpět a hodnotí svůj život. Celospolečensky se vzhledem ke stárnutí populace klade důraz na podporu kvality života. K tomu viditelně přispívají zdravotnické organizace, jako jsou například geriatrické, léčebny dlouhodobě nemocných, stacionáře, agentury domácí péče, domovy pro seniory nebo charity. (Langmeier, Krejčířová, 2006; Mlýnková, 2011)

1.1 Fyzické změny

V tomto období převládají involuční změny. Projevy stárnutí se objevují dříve na smyslových orgánech, později na rozumových schopnostech. Ženy stárnou dříve, ale pomaleji. Muži stárnou déle, ale rychleji. Zhoršení tělesného stavu je ve stáří přirozené, ovšem je to proces individuální a závisí nejen na dědičných předpokladech, ale i na vnějších faktorech (Vágnerová, 2007).

1.1.1 Nervový systém

Změny nervového systému jsou charakteristické ubýváním neuronů. Neuron, neboli nervová buňka, je základní funkční jednotka nervové tkáně. Dochází k zužování průměru myelinizovaných nervů a snižování rychlosti vedení. S rostoucím věkem se reakce seniorů zpomalují. Váha mozku po šedesátém roce klesá. Vznikají psychické potíže jako zapomínání, obtížnost učení se novým věcem nebo zhoršení slovní reprodukce. Mezi motorické změny řadíme vratkost nebo chvění končetin (Čížková et al, 2008).

1.1.2 Kardiopulmonální a vaskulární systém

Ischemická choroba srdeční je nejčastější příčinou smrti u jedné třetiny starších osob. Srdce má snížené výkonnostní maximum, přečerpává menší množství krve a snižuje průtok krve důležitými orgány. Při vyšší zátěži se u něho objevují známky nedostatečnosti. Stárnutím jsou postiženy i plíce a to často v kombinaci s kardiovaskulárním onemocněním. Klesá vitální kapacita plic. Kuřáci mají funkci plic výrazně zhoršenou a riziko selhání plic hrozí i ležícím gerontům. Ve stáří se více než v mládí vyskytuje kornatění tepen a snížení elasticity cév. Postiženy jsou tepny celého těla včetně tepen srdce. Ateroskleróze se dá předcházet stravovacími návyky a vyhýbáním se stresu. U tepen dochází k zvětšování a prodlužování a tím k poruše regulace krevního tlaku (Čížková et al, 2008).

1.1.3 Trávicí systém

Ve stáří se může u některých jedinců vlivem různých onemocnění vyskytnout malnutrice, charakterizována nedostatkem živin nutných pro správnou funkci organismu. Jednou z příčin může být i to, že staří lidé mívají často problémy s chrupem, či dokonce chrup chybí. Ovšem ani v dnešní době nelze vyloučit jako další příčinu chudobu, která nutí některé jedince přijímat jednostrannou stravu. Dalším problémem objevujícím se u starých lidí je zácpa, způsobená poklesem tlustého střeva a úbytkem trávicích šťáv. Vliv na vznik zácpy má také nedostatek přísunu tekutin (Grofová, 2007).

1.1.4 Pohybový systém

U starého člověka se přirozeně objevuje snížení pohyblivosti, pokles tělesné hmotnosti a výšky a ubývá svalová výkonnost. Klesá pružnost, rychlost a hbitost. Změny hmotnosti jsou dány změnami tělesných proporcí, snížením váhy vnitřních orgánů, svalstva a celé kostry. Degenerativní změny chrupavek, sesedání meziobratlových plotének a atrofie kostí způsobují snižování tělesné výšky. U seniorů je vyšší riziko úrazu a kosti jsou mnohem náchylnější k lomivosti z důvodu osteoporózy (Čížková et al, 2008).

1.1.5 Vylučovací systém

Nejčastějším problémem v období stáří je inkontinence, která se dělí na inkontinenci stresovou, urgentní a reflexní. Na vzniku se podílí hyperplazie nebo karcinom prostaty u mužů. U žen dochází k ochabnutí pánevního dna - nejčastěji po porodech. U obou pohlaví hraje velkou roli obezita. Neblahý vliv má i demence, polymorbidita, ale i některé léky - např. diuretika, antidepresiva či sedativa. Tento problém vede hlavně k sociální izolaci, jejímž výsledkem může být snížení sebeúcty, často se připojují i obavy z reakce okolí na zápach a stydlivost (Slezáková et al, 2007).

1.1.6 Pohlavní systém

Nastává snížení činnosti pohlavních orgánů. Ženy mají zastaven menstruační cyklus již kolem 45. - 50. roku života. Pak následuje období po menopauze, které se nazývá postmenopauza. Vaječníky ztrácí svoji funkci a snižuje se tvorba hormonů estrogenu a progesteronu. Dochází k atrofii rodidel a u některých žen se může objevit prolaps dělohy. U mužů probíhá podobný proces, ovšem v mírnější formě. Dochází k snížení potence a udržení erekce (Slezáková et al, 2007).

1.1.7 Kožní systém

U seniorů dochází k tvorbě vrásek, rýh okolo úst, váček pod očima apod. Je to způsobeno mizením podkožního tuku a snížením obsahu vody v kůži. Nejpatrnější změny jsou na obličeji, který je nejvíce vystaven povětrnostním podmínkám. Dalším obecným projevem je vypadávání a šedivění vlasů. Oba tyto jevy jsou ovšem více podmíněny geneticky (Čížková et al, 2008).

1.1.8 Termoregulace

U starších osob se objevuje změna v citlivosti kožních termoreceptorů. Další příčinou mohou být změny hypotalamu, který řídí tepelné procesy. Senioři ztrácejí schopnost přizpůsobit se klimatickým změnám, proto jim v letních měsících hrozí přehřátí či v zimě podchlazení (Čížková et al, 2008).

1.1.9 Smyslové orgány

Změny na smyslových orgánech postupně zhoršují vnímání. Informací, které zprostředkovávají smysly, je méně a nejsou tak kvalitní. Tyto změny lze naštěstí kompenzovat. Mezi nejdůležitější orientační ústrojí patří zrak. Stárnutí vyvolává zmenšení oční čočky i její elasticity. Dochází ke snižování akomodace a zrakové ostrosti. Závažné jsou i změny sítnice. Další důležitý receptor, který se vlivem stáří zhoršuje, je sluch. Je to dáno degenerativními změnami sluchového receptoru. Senioři jsou často dezorientovaní v komunikaci s ostatními lidmi. To u nich vyvolává nervozitu, podrážděnost i podezíravost. Takto handicapovaný jedinec se často za svůj problém stydí nebo ho odmítá přiznat. Chuť a čich jsou další involuční změny postihující seniora. Dochází k atrofii čichových buněk, ovšem ne nijak výrazně. Jedinec nemá změněn čichový práh. Senzitivita základních druhů chuti je mírně zhoršena (Čížková et al, 2008).

1.2 Psychické změny

Vágnerová (2007) rozděluje stáří na biologicky a psychosociálně podmíněné. Biologicky podmíněné změny jsou to takové změny, při nichž dochází ke strukturálním a funkčním změnám mozku z důvodu klesání jeho hmotnosti. Tyto změny se často projevují zpomalením reakcí. Příčinou je snížená produkce neurotransmiterů, které mají za úkol přenos nervových impulzů. Dále to může být změna průtoku krve mozkovými cévami. Člověk poté nedokáže zpracovávat více informací najednou. Psychosociálně podmíněné změny jsou způsobeny různými psychosociálními faktory. Ty může ovlivňovat životní styl jedince a jeho návyky. Postoj společnosti ke starším lidem také přispívá k určitému modelu chování, jako je pasivita, stagnace a úpadek kompetencí, které již jedinec nevyužívá. Doba i způsob, jakým na změny starší člověk reaguje, je individuální (Vágnerová, 2007).

1.2.1 Zhoršené vnímání

Zhoršené vnímání je způsobeno změnou ve smyslových orgánech, v nervovém přenosu a v centrálním mozkovém zpracování. Starého člověka ovlivňuje velmi negativně, jelikož

může vyvolat patologické stavy. Nastává zpomalení reakcí a omezení některých činností, například zálib. Typická je i větší úrazovost a to nejčastěji z důvodů zhoršení smyslových orgánů. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí, že po 60. roce života má až 90% osob zhoršený zrak a 30% zhoršený sluch. Nejvíce je senior handicapován právě tím, že špatně slyší a má tím pádem ztíženou komunikaci s druhými lidmi. Proto se doporučuje používání kompenzačních pomůcek nebo silnějšího osvětlení (Čížková et al, 2008).

1.2.2 Zhoršené rozumové schopnosti

Charakteristické pro stáří je zpomalování veškerého chování. Dochází k poruchám paměti a obtížnostem při učení nových věcí. Zhoršuje se hlavně krátkodobá paměť, dlouhodobá paměť bývá zachovaná. Minulost hodnotí spíše pozitivně a dávají přednost rutině a stereotypu. Starý člověk často nedokáže porozumět novým informacím a proto přijímá vše nové s nedůvěrou. S přibývajícím věkem klesá inteligence a je ovlivňováno myšlení. Dochází k involučním změnám a myšlenky směřují více do minulosti. Senioři ulpívají na úsudcích vzniklých již dříve a myšlení vychází především z jejich vlastních zkušeností (Čížková et al, 2008).

Stává se, že v důsledku patologického procesu, ztrácí člověk svojí identitu. Nepoznává prostředí, kde žije nebo neví, kdo je. Paměť je dobré trénovat, například luštěním křížovek, pak jsou totiž její funkce narušeny mnohem méně (Vágnerová, 2007).

1.2.3 Změny osobnosti

V tomto období je důležitý odpočinek, neboť nervová soustava jedince je méně odolná na zátěž, tudíž nastává větší unavitelnost. Starší lidé jsou celkově pomalejší, prodlužují se reakční časy a déle se rozhodují. Na druhou stranu se stávají více trpělivější, rozvážnější a obezřetnější. Další typické vlastnosti seniorů jsou například vztahovačnost, panovačnost, mrzutost či svéhlavost (Vágnerová, 2007).

Vlastnosti, které jedinec dokázal dříve tlumit, vyplouvají nyní napovrch, například nedůvěřivý člověk se ve stáří izoluje od společnosti, stává se z něho introvert. Například dříve šetřivý člověk je v pozdním věku lakomý, úzkostlivý se stává až hypochondrem a tak dále. (Čížková et al, 2008).

Langmeier a Krejčířová (2006) zmiňují studii, která popisuje strategii vyrovnávání se se stářím a obsahuje 5 typů. Strategie konstruktivní je optimální strategie, nekonfliktní jedinec, který vidí své nedostatky, ale i přednosti. Mají smysl pro humor. Strategie závislosti využívají

pasivní jedinci, kteří celý život spoléhali na druhé a nyní mají problémy se soběstačností. Strategii obrannou volí dříve aktivní jedinci, nyní se brání stáří, nepřijímají pomoc, dokazují si nezávislost. Strategie hostility je typická pro nespokojené, podezřivé jedince, mohou být až agresivní a terorizovat své okolí, nemají rádi mládí. Strategie sebenenávisti je charakteristická pro dříve pasivní jedince, kteří nyní zdůrazňují svoji neschopnost, nepřátelství obracejí proti sobě, nemají moc přátel, jsou osamělí.

1.2.4 Emoční změny

Staří jedinci jsou méně odolní vůči zátěži. Tento fakt způsobuje stárnutí tkání v nervové soustavě. Objevuje se střídání protikladných emocí s převládáním emocí negativních, nezájmem až apatií. Citovou labilitu může výrazně ovlivnit odchod do důchodu a tím snížení společenského postavení. Ještě stále cítí potřebu být užiteční pro druhé. Na druhou stranu se jedinec v penzi může začít více věnovat svým koníčkům, na které mu dříve nezbýval čas (Čížková et al, 2008).

Důležitou roli hrají manželské vztahy, které v tomto období obvykle sílí. Ztráta partnera je těžká životní situace. Člověk se poté cítí ještě více osamělý. Jako následek osamocení se mohou objevit senilní psychózy až demence. Proto nezapomínejme, že i tito lidé potřebují kontakt s okolním světem, hlavně se svojí rodinou (Vágnerová, 2007).

2 Tekutiny

„Kdo chce mít pěkné květiny, musí je pravidelně a přiměřeně zalévat. Některé jsou stejně citlivé na přelítí jako na nedostatečnou závlaku. Vše v organismu je závislé na tekutině a vše probíhá v roztoku. V těle nemáme nic v prášku.“ (Grofová, 2007)

Pod pojmem tekutiny si každý téměř z nás vybaví nápoje určené k pití. Nápoje se dělí na nealkoholické a alkoholické (kterými se dále zabývám v této kapitole). Přívod tekutin je nezbytný pro správnou funkci živého organismu.

2.1 Voda

Voda je nejdůležitější anorganickou složkou organismu a důležitou součástí potravy. Lidský organismus je tvořen ze 60 % vodou. Zadák (2008) rozlišuje celkovou tělesnou vodu ve vztahu k věku, pohlaví a netukové tělesné hmotnosti (Příloha A). Vodu potřebujeme pro činnost všech tělesných funkcí, zejména pro činnost mozku. Do organismu vstupuje s potravou, dále vzniká uvolněním z vazby na makromolekuly a oxidací proteinů, tuků a sacharidů.

„Největší množství vody je obsaženo v buňkách, až 50 % tělesné hmotnosti. Mimobuněčná tekutina je obsažena v krvi, lymfě a vyplňuje prostor mezi buňkami. V mimobuněčné tekutině převažují sodíkové ionty. Ve vnitrobuněčné tekutině je převažujícím iontem draslík. Jejich vzájemný poměr je důležitý pro celý regulační mechanismus koloběhu vody v těle.“ (Havlík, 2006)

Voda tvoří asi 20 % kostní tkáně, 30 % tukové tkáně a 75 % ostatních tkání. Se zvyšujícím se věkem množství vody v organismu ubývá. Voda je prostředím, ve kterém probíhá spousta organických reakcí. Má transportní funkci, je nosičem minerálních látek, stopových prvků a mnoha dalších elementů. Napomáhá regulaci tělesné teploty a brání přehřátí organismu, jelikož působí jako chladící kapalina. V těle se nachází ve dvou formách - jako intracelulární, uložená uvnitř buněk, a extracelulární, uložená mimo buňky (Dylevský, 2009).

Celkový denní výdej je 2000-2500ml. Močí odejde přibližně 1000-1500ml, záleží na fyzické aktivitě a na tom, kolik tekutin vypijeme. Výdej vody dále probíhá plícemi (400ml), pokožkou (500ml) a stolicí (100ml) (Zadák, 2008).

Mezi příjmem a výdejem vody musí být rovnováha. Jednoduchou pomůckou, jak zjistit, že přijímáme dostatek tekutin, je kontrola barvy moče, správně by měla být moč jantarově žlutá. V nemocničních zařízeních se využívá zaznamenávání vypitých skleniček do dokumentace. O stavu hydratace nás také velmi dobře informuje kožní turgor (Grofová, 2007).

2.2 Minerální vody

Již z názvu vyplývá, že se jedná o tekutiny s obsahem minerálních látek (sodík, vápník, hořčík, draslík a další). Některé minerální vody obsahují větší či menší obsah minerálů, jiné mohou působit léčivě. Proto je doporučováno jejich střídání. Pro lidi je ovšem často důležitější chuť a cena, než to, zda právě jejich oblíbená "minerálka" obsahuje vyvážený poměr minerálů. Každodenní pití minerálních vod ohrožuje člověka přetížením ledvin a vznikem ledvinových a močových konkrementů. Hrozí i nadbytečné ukládání železa v játrech a vápníku v cévách. Pro kardiaky, kteří by měli dodržovat neslanou dietu, jsou vhodnější vody s menším obsahem sodíku. Musíme mít na paměti, že rizikový je jak nedostatek, tak i nadbytek minerálních látek. (Mandžuková, 2006; Grofová, 2007)

2.3 Čaje

Čaj je přírodní produkt a dá se říct, že je spolu s kávou jedním z nejčastějších a nejoblíbenějších teplých nápojů. Čaj má příznivý vliv na zdravotní stav, protože je součástí prevence vzniku kardiovaskulárních chorob a nádorů, dále snižuje hladinu cholesterolu, stimuluje mozek a také zpomaluje stárnutí. Čaj obsahuje kofein a fluoridy. Většinou neobsahuje žádná barviva ani konzervační látky, a pokud je podáván bez cukru, nemá žádnou energetickou hodnotu (Mandžuková, 2006).

Kunová (2004) popisuje jednotlivé druhy čajů a způsob jejich výroby. Čaj může být bílý, zelený, černý, aromatizovaný a ovocný.

2.4 Káva

Káva je vyráběna ze semen plodů kávovníku. Obsahuje kofein, který má močopudný účinek, tudíž se dá říci, že káva odvodňuje. Proto ji také nezapočítáváme do pitného režimu. Kofein zvyšuje krevní tlak a tepovou frekvenci, stimuluje centrální nervovou soustavu, zvyšuje výkonnost a snižuje ospalost. Káva by se neměla pít nalačno z důvodu podráždění žaludeční sliznice. Vhodnější než černá káva je káva bez kofeinu. Po každém šálku kávy se doporučuje vypít sklenici vody. (Krejčí, 2000; Mandžuková, 2006)

2.5 Džusy

Díky tomu, že džusy obsahují velké množství látek s antioxidačním efektem, zabraňují některým civilizačním onemocněním jako je diabetes mellitus I. i II. typu, vysoký krevní tlak nebo nemoci cév. Kvalitní stoprocentní džusy jsou velmi podobné ovoci. Džusy jsou bohaté na vitamín C, vitamín E, karoteny, kyselinu listovou, ale i cukry. Mají vysokou energetickou hodnotu a to je nevýhodou pro osoby s obezitou, proto se doporučuje pít je naředěné vodou, aby se snížil obsah cukru. Také není doporučováno pít džusy nalačno, aby nevznikl zánět z podráždění žaludeční sliznice (Kunová, 2004).

2.6 Limonády

Limonády jsou slazené nápoje obsahující velké množství umělých barviv, konzervantů, cukrů, fosforečnanů a kyseliny citrónové. Uvádí se, že některé limonády obsahují až 20 kostek cukru. Všechny tyto látky jsou pro člověka zátěží. Jejich konzumace se nedoporučuje ve velkém množství, hlavně obézním lidem a malým dětem. Jsou to spíše komerční výrobky. Uspokojí chuť, ale ne žízeň. Dnešní trh nabízí celou řadu takovýchto nápojů. Měli bychom mít na paměti, že čím levnější limonáda, tím méně kvalitnější (Mandžuková, 2006).

2.7 Mléko

Mléko je základním zdrojem výživy. První mléko, které pijeme je mléko mateřské. Je to přirozená strava, která má optimální složení, teplotu i čistotu a je vždy k dispozici. Kojení minimalizuje v pozdějším věku vznik alergií. Člověk je jediný tvor, který pije mléko i po skončení laktace. Je hlavně zdrojem vápníku, bílkovin a vitaminů. Denní norma je 800 až 1000 mg vápníku. Vápník najdeme v mléčných výrobcích, nejčastěji to jsou jogurty, sýry (Grofová, 2007).

Mandžuková (2006) označuje mléko a mléčné výrobky za potravinu, nikoli za tekutinu. Proto není do pitného režimu započítáváno, stejně jako káva.

Mezi výhody mléčných výrobků patří pocit plného žaludku po požití, sladká a výrazná chuť, dosažitelnost a nízká cena a ochrana při nízkých teplotách, protože mléčný tuk se částečně izoluje od okolního prostředí. Nejčastěji pijeme mléko kravské, které obsahuje enzym xantin oxidáza obsažený v homogenizovaném, tedy průmyslově zpracovaném mléce. Tento enzym působí nepříznivě na srdce. Z domácího, nehomogenizovaného mléka, dokážou ledviny xantin oxidázu odfiltrovat a vyloučit z těla (Průchová et al, 2007).

„Chemické působení xantin oxidázy v homogenizovaném mléce zjišťuje podle Dr. Oстера stěny arterií a srdeční tkáň. Tělo se snaží toto poškození napravit tím, že zvedá hladinu cholesterolu v krvi a na poškozená místa tím ukládá ochranný tukový materiál.“ (Průchová et al, 2007)

Průchová (2007) dále uvádí, že mléko způsobuje hromadění hlenů a tím poškozování některých orgánů. Nejvíce jsou postiženy reprodukční orgány - vaječníky, děloha, prsa, prostata, což může v nejhorších případech vést až k neplodnosti.

Kunová (2004) zmiňuje intoleranci laktózy, tedy mléčného cukru. Po požití mléka nebo mléčných výrobků se u jedinců objevují bolesti břicha, průjemy a nadýmání. Tyto potraviny musí být ze stavy vyloučeny, aby nezpůsobovaly zmíněné potíže.

2.8 Energetické nápoje

Energetické nápoje jsou používány především proti únavě. Jsou složené z taurinu, guarany, kofeinu, vitamínu skupiny B, řepného cukru, ginkgo biloby a vody. Obsahují vysoký obsah cukru, v jednom balení až 50g. Pocit energie vydrží pouze do chvíle, než se upraví glykemický index a klesne krevní cukr. Pak následuje ještě větší únava, než před požitím nápoje. Tyto nápoje způsobují zvýšení krevního tlaku, proto se jejich konzumace doporučuje pouze zdravým jedincům. Nevhodné, i když mezi mladými lidmi velmi oblíbené, je míchání těchto nápojů s alkoholem. Nedoporučují se jako součást pitného režimu a nelze jimi nahrazovat odpočinek. (Mandžuková, 2006; Kunová, 2004)

2.9 Alkoholické nápoje

Alkoholický nápoj je takový nápoj, který obsahuje více než 0,75 % alkoholu. Řadíme do nich pivo, víno a lihoviny. Tyto nápoje do pitného režimu nepatří. Alkohol vzniká chemickým kvašením a destilací se dosahuje vyšších koncentrací. I když je alkohol přírodní produkt, můžou se po jeho požití ve větší míře zhoršit naše mozkové funkce, přesněji funkce mozečku, který se podílí na řízení pohybů a udržení rovnováhy. Při dlouhodobé vyšší konzumaci se často vyskytuje jaterní cirhóza. (Kalina a kolektiv, 2003; Kunová, 2004)

„Pro odbourávání alkoholu v těle je potřeba voda, a proto při pití alkoholu dochází k zvýšenému pocitu žízně. Navíc dochází ke zvýšenému příjmu kalorií a tedy ke zvyšování tělesné hmotnosti a vzniku obezity.“ (Havlík, 2006)

2.9.1 Pivo

Pivo patří v České republice mezi velice oblíbené nápoje. Pivo se skládá z vody, chmelu, sladu a kvasinek. Pivovarské kvasnice obsahují spoustu vitamínů, hlavně vitaminy skupiny B.

Ty ale najdeme více v pivu nefiltrovaném než v běžně filtrovaném. Pivo příznivě ovlivňuje kardiovaskulární systém a podporuje sekreci žluče a tím i trávení. Ovšem pokud pijeme pivo ve větším množství, působí to na naše tělo negativně, například vznikem nadváhy. Doporučují se maximálně 3-4 piva za týden u mužů, u žen méně. (Mandžuková, 2006; Kunová, 2004).

2.9.2 Víno

Víno je vykvašená šťáva z hroznů. Nejčastěji pijeme víno červené a bílé, ale jsou i vína ovocná, šumivá nebo burčák. Existují studie, které dokazují, že malý příjem například červeného vína (u žen 2dcl, u mužů 4dcl) působí blahodárně na kardiovaskulární systém. Víno obsahuje řadu vitaminů, minerálů, enzymů a aminokyselin. Dále snižuje hladinu cholesterolu v krvi a příznivě působí na trávení (Kunová, 2004).

Mandžuková (2006) ještě dodává, že svařené víno pomáhá při prvních příznacích nachlazení.

2.9.3 Lihoviny

Lihoviny jsou nápoje, které obsahují více než 22% alkoholu. Nebezpečné jsou v tom, že na nich může vznikat závislost. Alkoholismus se stal zásluhou WHO skutečným problémem medicíny. Nadměrná konzumace se u nás týká 25% dospělých mužů a 5% dospělých žen (Popov, 2003)

„Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100% alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů na jednoho obyvatele za rok.“ (Popov, 2003)

3 Minerální látky

Minerální látky jsou nezbytnou součástí organismu. Udržují osmolalitu vnitřního prostředí. Minerály zařazujeme do velké skupiny zvané mikronutrienty. Dle přijímaného množství je dále rozdělujeme na makroelementy a mikroelementy a to tehdy, pokud je přijímané množství vyšší než 100 mg nebo nižší. Tělo není schopné samo si minerální látky vytvořit (Grofová, 2007).

3.1 Sodík

Sodík značíme v chemické soustavě prvků písmeny Na, latinsky natrium. Je to hlavní kationt a jeho obsah v těle se pohybuje kolem 4000 mmol (60mmol/kg). Je obsažen především v kuchyňské soli. Pokud nadměrně solíme, zvýší se nám krevní tlak. Rokyta (2009) uvádí doporučenou denní dávku sodíku 3-5g. Sodík je důležitý pro zadržování vody v těle. Vztah mezi sodíkem a tekutinami zabezpečuje správnou hydrataci organismu. Sodík je osmoticky aktivní. Na membránách ovlivňuje přeměnu sodíku za draslík sodíko-draslíková pumpa. Tím dochází k udržování sodíku extracelulárně, tedy mimo buňky. Sodík se z 90% vylučuje močí (Grofová, 2007).

Časté minerálové poruchy označujeme jako hyponatremii, což je hodnota pod 120 mmol/l a hypernatremii, kdy hodnota 160mmol/l. Obě poruchy jsou velmi závažným stavem (Zadák, 2008).

3.2 Draslík

V chemické soustavě prvků je draslík označen písmenem K, latinsky kalium. Je to hlavní intracelulární kationt. Může být volný nebo bývá vázán na buněčné struktury. Nejvíce obsažen je v mase, ovoci a luštěninách. Hladina draslíku je ovlivňována hladinou pH. Při acidóze se jeho plasmatická hladina zvyšuje, při alkalóze snižuje. Udržování kalémie ve správných hodnotách 3,5-5,1 mmol/l je velmi důležité, jinak dochází ke změnám dráždivosti. Správná koncentrace sodíku a draslíku na příslušných stranách membrány je základem pro svalové a nervové funkce a integritu buněk (Grofová, 2007).

U poruch metabolismu draslíku může docházet k arytmiím až zástavě srdce. Hypokalémie, neboli snížené množství draslíku, je způsobená nedostatečným příjmem kalia nebo jeho zvýšenou ztrátou. Hyperkalemie je zvýšená hladina draslíku a vzniká zvýšením příjmu kalia,

vlivem některých léků, především diuretik šetřících kalium nebo poruchami jeho vylučování ledvinami. Draslík se z 90% vylučuje močí, proto je nutné omezit jeho příjem při nedostatečnosti ledvin (Zadák, 2008).

3.3 Vápník

Chemická soustava prvků značí vápník písmeny Ca, latinsky calcium. Tento dvojmocný kationt se nachází hlavně v kostech a zubech (99,5% z celkového vápníku). Obsažen je v mléce, vejcích, sýrech, zelenině a luštěninách. Hospodaření s vápníkem je řízeno parathormonem, kalcitoninem a vitamínem D. Vápník je jeden z faktorů srážení krve, má vliv na svalové kontrakce a aktivuje enzymy. Výkyvy hladiny vápníku mají své klinické projevy zvané hypokalcemie, projevující se křečemi a hyperkalcemie, způsobující kóma. Doporučuje se denní dávka 1g (Grofová, 2007).

3.4 Hořčík

Hořčík se v chemické soustavě prvků značí písmeny Mg, latinsky magnesium. Je druhým nejrozšířenějším intracelulárním kationtem, přítomen v kostech a svalech. Důležitý je pro činnost některých enzymů a pro správnou funkci svalů. Při jeho nedostatku vznikají křeče. Grofová (2007) dále zmiňuje, že hořčík je také důležitý pro kardiovaskulární systém, imunitu i pro omezení alergických reakcí.

Rokyta (2009) uvádí, že průměrný denní příjem hořčíku by měl činit 0,4g a najdeme ho například v mase, mléce, ořechách nebo v mořských rybách, z tekutin pak v minerální vodě Magnesia.

Nedostatek hořčíku je velmi častý. Projevuje se podrážděností, nespavostí, špatným trávením až depresemi. To vše bývá způsobeno jak jeho nedostatečným příjmem v potravě, tak i jeho ztrátami při akutních či chronických chorobách, jako diabetes mellitus, či hypertenze. Na nedostatek hořčíku má vliv také užívání diuretik nebo konzumace alkoholu (Grofová, 2007).

Havlík (2006) ještě zmiňuje, že mohou vznikat onemocnění jako Alzheimerova choroba, cévní mozková příhoda, arytmie či migrény.

3.5 Fosfor

Fosfor značíme v chemické soustavě prvků písmenem P, latinsky phosphorus. V organismu se vyskytuje v kostech jako hydroxyapatit, jinak pouze fosforečnan a pro organismus je důležitý

kvůli přeměně a hospodaření s energií. Je doporučována denní dávka 1g. Nedostatek fosforu v těle je závažný stav, vyskytující se vzácně, jelikož fosfor přijímáme ve spoustě běžných potravin (Grofová, 2007).

3.6 Chlór

Chemická soustava prvků značí chlór písmeny Cl, latinsky chlorum. Je důležitou součástí aniontů, doprovází sodík a změna jeho hladiny ovlivňuje acidobazickou rovnováhu. Nízká hladina chlóru vzniklá z nadměrných ztrát způsobuje hypochloremickou alkalózu. Vysoká hladina chlóru, způsobená nejčastěji zvýšeným přívodem NaCl, může vést k hyperchloremické acidóze (Zadák, 2008).

4 Pitný režim

Co vlastně pitný režim znamená? Grofová (2007) uvádí, že je to pravidelné doplňování tekutin do organismu po celý den. Za základní tekutinu označuje čistou pitnou vodu. Dále upozorňuje na kávu, silný čaj nebo 100% džusy, které do pitného režimu nepočítáme, protože mají močopudný účinek. Džusy jsou navíc, stejně jako coca cola a jiné sladké limonády, kaloricky bohaté. Příjem těchto tekutin nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav, hlavně pokud člověk trpí diabetem mellitem.

Pravidelný přísun tekutin zajišťuje nejen látkovou výměnu, ale i správnou funkci ledvin a plnou výkonnost ostatních orgánů. V neposlední řadě pozitivně ovlivňuje i kvalitu pokožky. Pro správnou funkci organismu je nutný příjem tekutin 2 - 3 litry za 24 hodin. Do tohoto množství počítáme i příjem z polévek, ovoce a zeleniny. Při těžké práci, sportu či pohybu v horku musíme vypít ještě více. Nutné je udržovat rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. (Kunová, 2004).

Kožíšek (2005) naopak říká, že potřeba tekutin je individuální záležitost a není proto správné uvádět kolik litrů tekutin musíme za každou cenu každý den vypít. Příjem tekutin se odvíjí od tělesné hmotnosti, věku, pohlaví, složení potravy, tělesné aktivity, prostředí nebo také od našeho aktuálního zdravotního stavu.

Fořt (2003) uvedl jednoduchou rovnici, kterou jednoduše vypočítáme, kolik tekutin naše tělo potřebuje. Svou váhu vydělíme číslem 15 a výsledek vynásobíme číslem 0,5. Například $65 : 15 = 4,33 * 0,5 = 2,2$ litru.

Ve stáří je organismus mnohem citlivější na změny vodního hospodářství. Potřeba dostatečného příjmu tekutin závisí totiž jak na životním stylu, tak i na aktuálním zdravotním stavu jedince. Grofová (2007) uvádí situace, při kterých může dojít k retenci tekutin. Jsou to například ileózní stavy, crash syndrom, velké exudáty a transudáty nebo velký hydrothorax. Starý člověk má oslabený pocit žízně a často trpí i poruchami regulace tekutin. Není neobvyklé, že za dehydratací stojí i psychické aspekty, jako jsou obavy z inkontinence či stud.

Několikrát za svoji praxi jsem se setkala s pacienty staršími, ale i s pacienty mladší generace, kteří byli z nějakého důvodu upoutáni na lůžku. Styděli se nebo jen „nechtěli obtěžovat“ personál a žádat o podložní mísu.

Nevhodný je i nárazový příjem tekutin, například tehdy, když se pacient od svého lékaře dozví, že za jeho problémy stojí nedostatečný pitný režim, a on se pak snaží tekutiny

dodatečně dohnat. Může pak dojít k zatížení ledvin až jejich selhání. Pít bychom měli ještě dřív, než pocítíme žízeň (Kunová, 2004).

Kunová (2004) doporučuje vhodné nápoje, mezi které patří neslazené bylinné čaje, čerstvé ovocné a zeleninové šťávy, dále pak neslazené přírodní džusy a kvalitní nasycené vody.

4.1 Dehydratace

Dehydratace znamená nedostatek vody v těle, který je způsobený dlouhotrvající horečkou, zvracením nebo průjmem. Kalvach et al (2008) uvádějí, že dehydratace je závažný, frekventní soubor příznaků, souvisejících s deficitem tělesné vody. Můžeme tedy říci, že výdej tekutin je vyšší než příjem. Ve vztahu k osmolaritě nabývá tří podob, a to dehydrataci hypertonické, izotonické a hypotonické.

Mezi nejčastější příznaky dehydratace patří žízeň, snížené pocení, suchá kůže a sliznice, popraskaný jazyk, snížený kožní turgor, měkké oční bulvy, rychlá ztráta hmotnosti, závratě, ortostatické kolapsové stavy, zmatenost, apatie, poruchy vědomí, tachykardie, tachypnoe nebo horečka (Schuler a Oster, 2009).

Kalvach et al. (2008) dále uvádí, že ztráta vody kůží a plícemi je při normální tělesné teplotě asi 1 litr za 24 hodin. Ovšem při horečce toto množství stoupá o 0,5 - 1 litr za 24 hodin na 1 stupeň Celsia nad normální teplotu 36,7 stupňů Celsia.

Havlík (2006) uvádí, že závažné problémy se objeví, když objem tekutiny v těle klesne o 6% (Příloha B).

4.1.1 Izotonická dehydratace

Izotonická dehydratace je charakterizována úbytkem sodíku i vody. To znamená, že dojde ke zmenšení objemu extracelulární tekutiny (ECT). Intracelulární objem se nemění, protože buňky nemění svoji velikost. Tím, že dojde ke snížení extracelulární tekutiny, se zvýší hladina hematokritu, hemoglobinu a celkové bílkoviny. Zásoby iontů klesají, ale jejich koncentrace se nemění. Příčiny této dehydratace jsou například sekundární renální ztráty při léčbě diuretiky, ztráty trávicím ústrojím při zvracení či průjmech nebo ztráty při popálení větší plochy kůže. Dochází k pocitu žízně, poklesu krevního tlaku, tachykardii, dále pak ke kolapsovým stavům a oligurii. U geriatrických pacientů se klinický obraz rozvíjí rychleji kvůli menšímu objemu ECT. Izotonickou dehydrataci léčíme podáváním izotonických fyziologických roztoků tak dlouho, dokud se hemodynamická porucha neupraví (Kalvach et al., 2008).

4.1.2 Hypertonická dehydratace

Hypertonická dehydratace je způsobena deficitem čisté bezsolutové vody, který se rozkládá do celého objemu těla. Dojde ke zmenšení extracelulárního i intracelulárního prostoru a ke zvýšení osmolality, koncentrace sodíku, bílkovin a hemoglobinu. Dále stoupá viskozita krve a moč je silně koncentrovaná. Dochází k pocitu žízně a vyplavení antidiuretického hormonu (ADH). Příčinami hypertonicke dehydratace jsou nedostatek volné vody, ztráty tekutin snízkou koncentrací iontů při výrazné glykosurii (například u diabetes insipidus), dále ztráty vody při hyperventilaci nebo iatrogeně navozenou osmotickou diurézou. Ve stáří je příčinou hlavně ztráta pocitu žízně, imobilita či kognitivní deficit. Obecná příčina hypertonicke dehydratace je například bezvědomí, dysfagie či upoutání na lůžko. Do klinického obrazu zařazujeme pocit žízně, který je ale u starších pacientů snížený, dále oschlé sliznice, snížený kožní turgor, snížený centrální žilní tlak, klesající objem moči a stoupaní osmolality. Objevuje se proteinurie, později koncentrace urey v séru a poté i kreatininu. V pokročilé fázi nastává porucha psychiky, nauzea, zvracení a výrazná oligurie až anurie. Léčba spočívá v podávání hypotonických roztoků iontů (0,2% nebo 0,45% roztok chloridu sodného) nebo roztoků, které neobsahují sůl (5% glukóza). Tento proces by měl trvat nejméně 48 hodin (Kalvach et al, 2008).

4.1.3 Hypotonická dehydratace

Hypotonická dehydratace vzniká tak, že dojde k větší ztrátě sodíku, než je ztráta vody. Dochází tak k hypovolemii v extracelulárním prostoru, plazma má současně sníženou osmolalitu i koncentraci natria. Hypovolemie vede k retenci čisté bezsolutové vody a dochází tak k přesunu vody do buněk. Ty zvětšují svůj objem, což se projeví zvláště edémem mozku. Tato situace nastane například v horkých letních dnech při zvýšeném pocení a pitím čisté vody bez solí. Laboratorně nalézáme hyponatremii a hypoosmolalitu séra. Dále se objevuje i nízká koncentrace sodíku v moči, často i méně než 10 mmol/l. Objem erytrocytů je zvětšený. V extracelulární tekutině však dochází ke zvýšení hematokritu, hemoglobinu a celkové bílkoviny. Léčba tohoto typu dehydratace spočívá v intravenózním podávání fyziologického roztoku. Při závažné hyponatremii podáváme 3-5% roztoku chloridu sodného (Kalvach et al, 2008).

4.2 Hyperhydratace

Je to opak dehydratace a znamená zvýšení obsahu vody a sodíku v organismu,. Jedná se o tzv. převodnění, které může vést až k poruchám mozku. Rozlišujeme hyperhydrataci izotonickou, hypertonickou a hypotonickou (Kalvach et al, 2008).

4.2.1 Izotonická hyperhydratace

Izotonická hyperhydratace je charakterizována nadbytkem vody a sodíku. Je zvětšen extracelulární prostor. Nejčastěji se vyskytuje při chronickém renálním selhání, jaterní cirhóze nebo při srdečním selhání. Příčinou tohoto typu hyperhydratace je podání zvýšeného množství izotonických infuzí při oligurii. Vznikají otoky a výpotky, dušnost a zvýšení centrálního žilního tlaku. Léčba spočívá především v omezení tekutin, v neslané dietě, v podání diuretik a v hemofiltraci (Zadák, 2008).

4.2.2 Hypertonická hyperhydratace

Hypertonická dehydratace je způsobena zvýšeným příjmem vody, a hlavně zvýšeným příjmem celkové zásoby a koncentrace sodíku. Voda přechází z intracelulárního do extracelulárního prostoru. Příčinami jsou především akutní selhání ledvin, tumory ledvin, požití mořské vody a podání hypertonických infuzí. Často dochází k chybě v léčbě tím, že se hypernatremie koriguje podáváním hypotonických roztoků (Zadák, 2008).

„Základním postupem v léčbě je omezení soli i tekutin, podání saluretik, osmotických diuretik (Manitol 20%) a hemodiafiltrace.“ (Zadák, 2008)

4.2.3 Hypotonická hyperhydratace

Jedná se o nadměrné množství čisté vody, tzv. otrava vodou. Koncentrace sodíku je snížena. Dochází k zvětšení extracelulárního i intracelulárního prostoru. Příčinami jsou podání nadměrného množství hypotonických roztoků, zvýšená sekrece antidiuretického hormonu, kritické stavy s otoky nebo selhání jater. Velkým rizikem je vznik oběhového selhání. Pacient má pocit slabosti, dušnost, poruchy vědomí a svalové křeče. Důležitá je kontrola centrálního žilního tlaku, který nás informuje o současném stavu hydrataci pacienta. Léčba spočívá v omezení příjmu bezsolutové vody, podávají se osmotická diuretika a hemodiafiltrace (Zadák, 2008).

5 Ošetrovatelská péče

V této kapitole se zaměřuji především na úkoly zdravotní sestry v ošetrování dehydratovaných pacientů a dále na prevenci a možné komplikace dehydratace. Práce zdravotní sestry spočívá především ve správné komunikaci s pacientem, v plnění ordinací lékaře a naplňování potřeb pacienta.

5.1 Úkoly sestry

Zdravotní sestra musí věnovat pozornost vědomí pacienta a posoudit případné poruchy, například pomocí Glasgow coma scale (GCS). Dále je velmi důležité sledovat fyziologické funkce, především krevní tlak, pulz a tělesnou teplotu. Krevní tlak měříme manuálně pomocí tonometru a fonendoskopu nebo monitorem přes zavedený arteriální katétr. U periferního pulzu sledujeme jeho sílu. Sestra kontroluje hodnoty centrálního venózního tlaku, který nás informuje o stavu hydratace. Měřit ho lze ručně nebo monitorem. Snížený kožní turgor, suché sliznice a únava jsou další příznaky dehydratovaných pacientů, které musí mít sestra na paměti. Důležité je věnovat pozornost příjmu a výdeji tekutin, celkové denní diuréze, hustotě a barvě moči. Barva moče by měla být světlá až bezbarvá. Do příjmu tekutin se zaznamenává jak příjem per os, tak podané infuze. Výdej tekutin sledujeme tak, že pacient močí do označené sběrné láhve nebo má zavedený permanentní močový katétr. Dále sestra sleduje laboratorní výsledky hemoglobinu a hematokritu, elektrolytů, celkové bílkoviny a albuminu a hlásí je lékaři. Sestra musí také dbát rovnoměrný příjem tekutin bez velkých výkyvů. Vhodné je podávat výživnou dietu a potraviny bohaté na vodu. Pro kontrolu vyrovnaného příjmu a výdeje tekutin pacienta denně vážíme. Do ošetrovatelských úkonů patří i péče o kůži a její integritu. Při hygieně sestra věnuje pozornost také dutině ústní a očím, protože by mohlo dojít k poškození následkem suchosti. Sestra kůži promazává vhodnými emulzemi, aby nedošlo k jejímu vysušení a následnému poškození. Nesoběstačný pacient musí být pravidelně polohován, aby nedošlo ke vzniku kontraktur a dekubitů. Riziko vzniku dekubitů hodnotíme podle stupnice Nortonové. Sestra musí pečlivě zaznamenávat do dokumentace všechny provedené úkony u pacienta a změny stavu (Doenges, Moorhouse, 2001).

5.2 Prevence dehydratace

Na prvním místě bude jistě dodržování pitného režimu u pacientů a to aktivním pobízením k příjmu tekutin. Dále je důležité vedení záznamu o skutečném množství vypitých tekutin

i o diuréze, je-li měřitelná. Samozřejmě nesmíme zapomenout na sledování příznaků dehydratace, jako je sucho v ústech, pokles hmotnosti, oligurie, tachykardie a další příznaky již zmiňované. Vzhledem k invazivním vstupům musíme mít na mysli riziko vzniku infekce a předcházet jí pomocí standardů a hodnotící škály dle Maddona. Ta klasifikuje tíži tromboflebitidy. Povšimnout si musíme onemocnění, která vedou ke snížení objemu tělesných tekutin, například onemocnění ledvin, jaterní cirhóza, ulcerózní kolitida, popáleniny, sekrece z ran a drénů, krvácení, horečka nebo zvýšení příjem kofeinu a alkoholu. Prevencí je i podávání léků, například antipyretika, antiemetika a léky proti průjmům. Velmi přínosná je také edukace rodiny pacienta, která se na péči také často podílí (Doenges, Moorhouse, 2001).

5.3 Komplikace dehydratace

Na nedostatek tekutin reagují jako první mozkové buňky. Výsledkem toho jsou bolesti hlavy a psychické změny, pocit slabosti, nevolnost a křeče. U chronické dehydratace se mohou objevit ledvinové kameny (Kunová, 2004).

Velkým rizikem u dehydratovaných pacientů je kolaps a následný pád, při kterém může dojít ke zranění pacienta. Takovým stavům se snažíme předcházet, a proto hodnotíme riziko pádu dle Conleyové (roku 2006 upraveno Jiráskovou). Staří lidé mají suchou kůži, která je velmi náchylná k poškození. Při nedostatečné péči nebo nešetrném zacházení může dojít k poruše integrity kůže. Další komplikací může být vznik hyperhydratace, která může vzniknout při léčbě dehydratace. Musíme si uvědomit, že dehydratace je stav ohrožující život a v nejhorších případech může dojít ke smrti pacienta. (Zadák, 2008; Doenges, Moorhouse, 2001)

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodika práce

Na základně stanovených cílů a studia odborné literatury jsem vytvořila tyto výzkumné otázky:

1. Domnívá se většina respondentů, že dodržují správný pitný režim?
2. Musí se respondenti k pití přemáhat?
3. Preferují respondenti některé tekutiny více než jiné?
4. Myslí si respondenti, že se do pitného režimu započítává káva a mléko?
5. Jsou respondentům dostatečně nabízeny tekutiny zdravotnickým personálem?
6. Udává většina respondentů dostatečnou informovanost zdravotnickým personálem o dodržování pitného režimu a o rizicích způsobených dehydratací?

Tato bakalářská práce patří do teoreticko - výzkumných prací a jedná se o kvantitativní výzkum. Ke sledování cílů jsem použila nestandardizovaný dotazník, který se vzhledem k tématu jevil jako nejvhodnější výzkumná metoda. Díky této metodě se dá získat velké množství odpovědí za relativně krátkou dobu. Nevýhodou této metody ovšem je to, že respondent nesprávně pochopí danou otázku a tudíž mohou být výsledky zkreslené. Dotazníky jsou anonymní.

6.1 Dotazník

„Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je případně anonymní.“ (Kutnohorská, 2009)

Můj dotazník se skládal ze 17 otázek. Tento dotazník jsem nejdříve konzultovala s vedoucí práce. Na základě jejího hodnocení jsem po konzultaci přidala ještě dvě otázky. Dotazník měl v konečné fázi 19 otázek. Byly použity uzavřené alternativní otázky, kdy si respondent mohl vybrat pouze jednu ze dvou variant, otevřené otázky, kde bylo pouze na respondentovi, jaká bude jeho odpověď. Dále polouzavřené otázky, které jsou kombinací uzavřených a otevřených otázek, polytomické otázky, kde respondent vybíral více variant a filtrační

otázky, eliminující respondenty, kteří nemohou z jakýchkoli důvodů odpovědět na otázku následující. (Kutnohorská, 2009)

Dále jsem dotazník předložila pěti nezávislým osobám, aby mi sdělili, zda je dotazník srozumitelný. Poté jsem začala výzkum provádět.

6.2 Charakteristika výzkumu a sběr dat

Nejdříve jsem sehnala povolení o výzkumu v daném zdravotnickém zařízení, které jsem odevzdala na studijní oddělení současně s touto prací.

Výzkum probíhal během mé praxe od 5.11.2012 do 21.12.2012 v nejmenovaném zdravotnickém zařízení na dvou geriatrických odděleních. Staniční sestry obou oddělení mi pomáhaly s výběrem a oslovením respondentů. Respondenty jsem oslovila a vysvětlila jim, že se jedná o výzkum do mé bakalářské práce. Ti se vyslovili, zda dotazník chtějí, či nechtějí anonymně vyplnit. Dotazník dostali v obálce, do které ho po vyplnění vraceli. Obálky jsem otevřela až když se mi vrátil poslední dotazník a začínala jsem se zpracováváním výsledků.

Někteří respondenti se obávaly toho, že nebudou znát správné odpovědi a napoprvé odmítli dotazník vyplnit. Vysvětlila jsem jim, že se nejedná o znalostní test a zopakovala jsem jim, že vyplnění dotazníku je anonymní.

Během mé nepřítomnosti mi s rozdáváním dotazníků pomáhaly zdravotní sestry, pracující na daném oddělení.

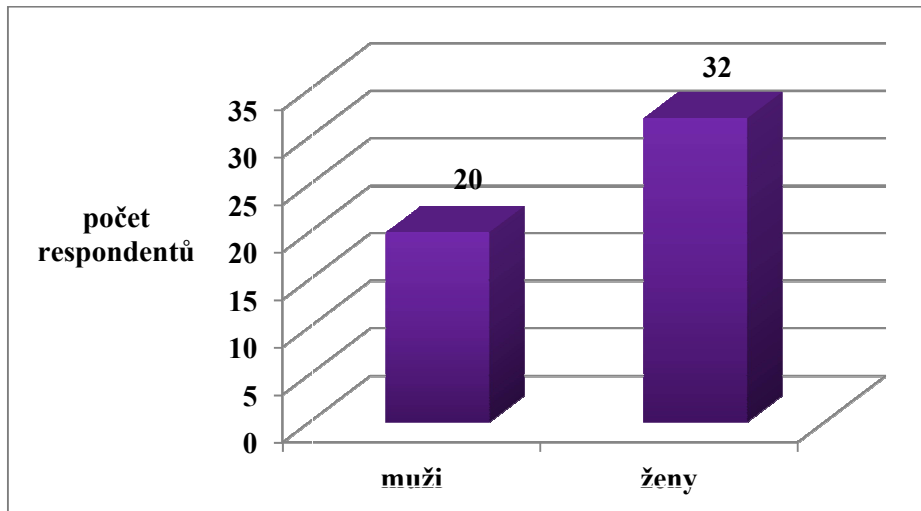
Celkem se rozdalo 60 dotazníků, 30 na jednom a 30 na druhém oddělení. Návratnost byla stoprocentní. Z toho jsem 8 dotazníků nepoužila díky neúplnému vyplnění. Ke zpracování výzkumu jsem použila 52 dotazníků. Dotazníky vyplnilo 20 mužů a 32 žen ve věku od 60 let.

6.3 Zpracování získaných dat

Výsledky získané pomocí dotazníkového šetření jsem zpracovávala v programu Microsoft Excel 2007. Pro statistické zhodnocení jsem použila metodu popisné statistiky. Údaje jsem doplnila o výpočty relativní četnosti. Ze získaných údajů jsem vytvořila příslušné grafy či tabulky, které jsem přenesla do programu Microsoft Word 2007.

7. Prezentace výsledků práce

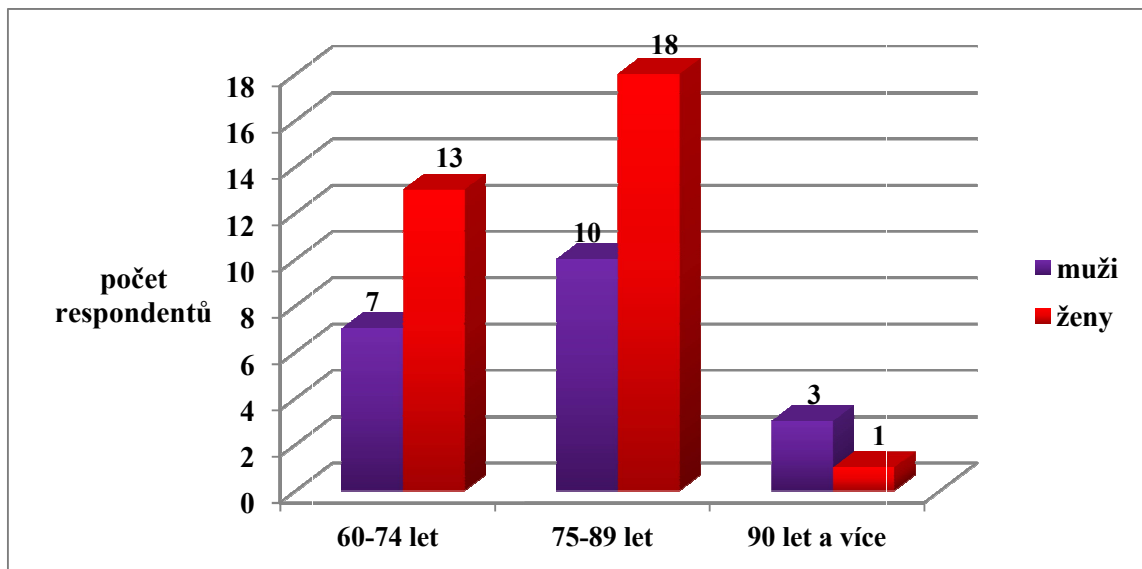
Otázka č. 1: Pohlaví



Obr. č. 1 Pohlaví respondentů

Na tomto grafu je znázorněno, kolik mužů a žen vyplnilo kompletně celý dotazník. První sloupec značí počet mužů, kterých bylo 20 (38%), a druhý sloupec značí počet žen, kterých bylo 32 (62%). Dotazník tedy vyplnilo více žen.

Otázka č. 2: Věk

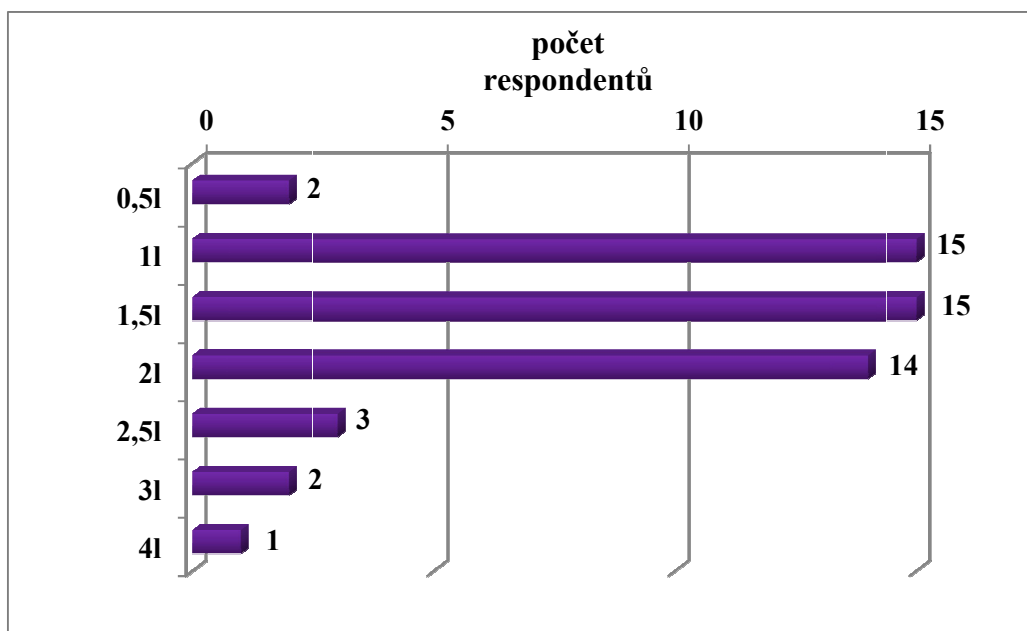


Obr. č. 2 Věk respondentů

Dotazník vyplnilo 7 mužů (13%) ve věku 60-74 let, 10 mužů (19%) ve věku 75-89 let a 3 muži (6%) ve věku 90 let a více. Ve věku 60-74 let vyplnilo dotazník 13 žen (25%), 18 žen (35%) ve věku 75-89 let a 1 žena (2%) ve věku 90 let a více.

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů, kteří dotazník vyplňovali, bylo ve věku 75 - 89 let a nejméně ve věku 90 let a více.

Otázka č. 3: Kolik vypijete tekutin za 24 hodin? (napište množství v litrech)

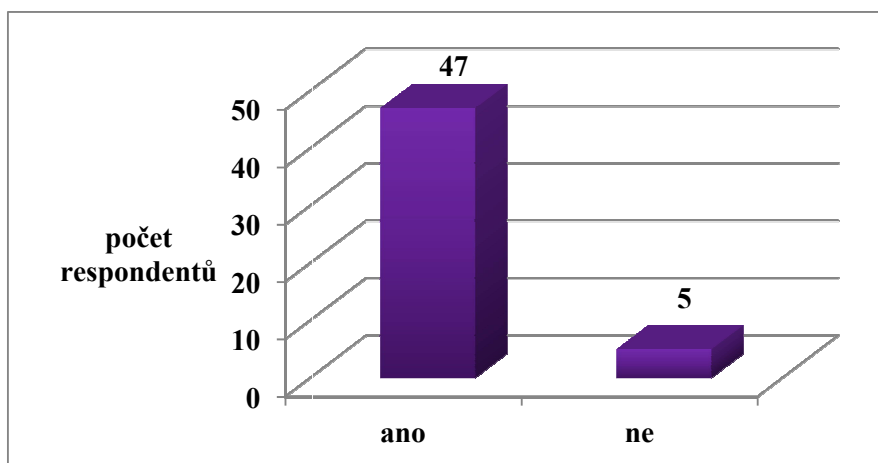


Obr. č. 3 Kolik tekutin vypijí respondenti za 24 hodin?

V této otázce měli respondenti za úkol napsat, kolik tekutin vypijí za 1 den. Z 52 respondentů uvedli naštěstí pouze 2 respondenti (4%), že vypijí 0,5 litr za 1 den, tedy nedostatek tekutin. Takové množství by mohli vypít v případě, že by docházeli na dialýzu, což v tomto případě nebylo. 1 litr uvedlo 15 respondentů (29%), 1,5 litru vypije za 1 den také 15 respondentů (29%). Toto množství tekutiny je pro lidský organismus také nedostatečné, přesto tyto hodnoty uvedlo nejvíce dotazovaných respondentů. 14 respondentů (27%) uvedlo, že vypije již dostatečné 2 litry, 2,5 litru uvedli 3 respondenti (6%), 3 litry uvedli 2 respondenti (4%) a 4 litry zmínil 1 respondent (2%).

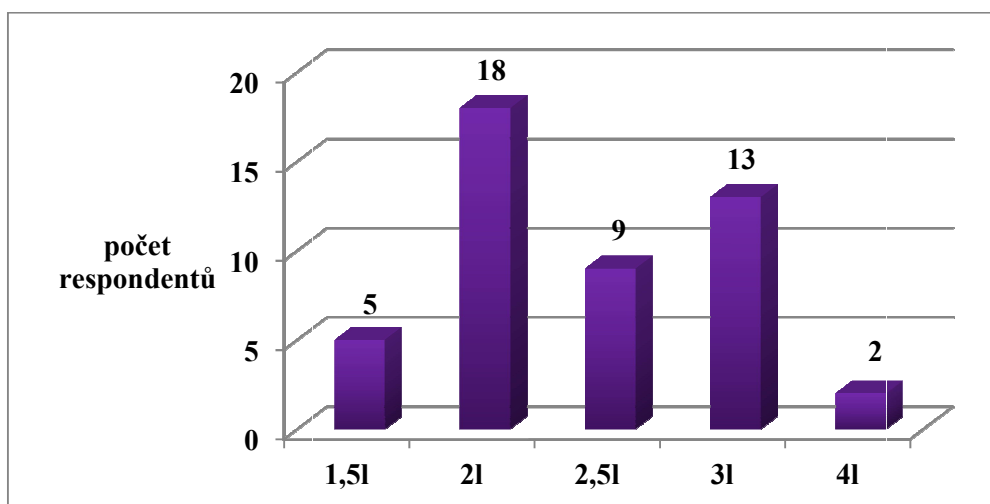
Téměř v každé literatuře najdeme, že za 24 hodin bychom měli vypít 2 - 3 litry tekutin; toto množství se ovšem odráží i na prostředí, ve kterém pobýváme, nebo na naší fyzické aktivitě.

Otázka č. 4: Víte, kolik litrů tekutin byste měl(a) vypít za jeden den (24 hodin)?



Obr. č. 4 Vědí respondenti kolik mají vypít tekutin za jeden den?

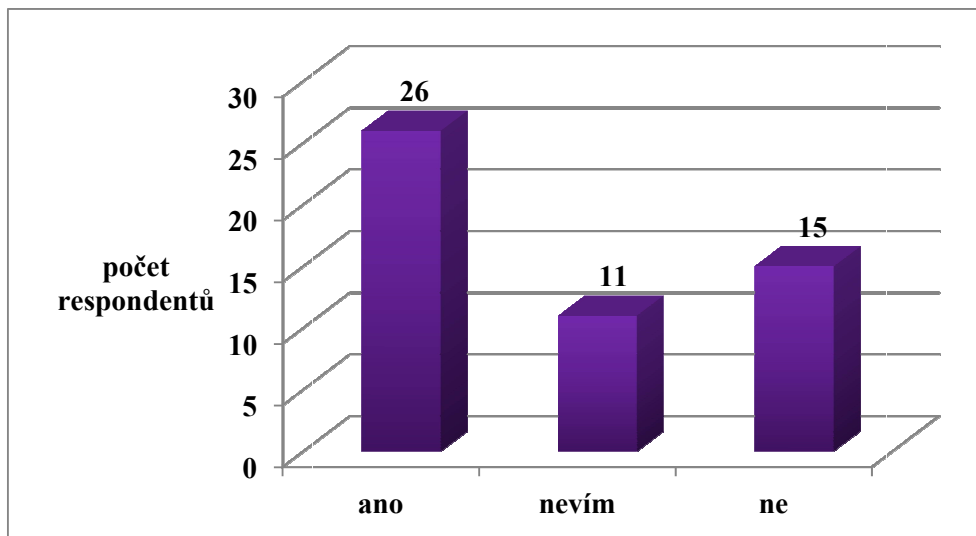
V této otázce měli respondenti uvést, zda vědí kolik litrů tekutin by měli za 1 den vypít. 47 (90%) z nich odpovědělo „ano“ a pouhých 5 respondentů (10%) zaškrtnuli možnost „ne“.



Obr. č. 5 Množství tekutin, které respondenti vypijí.

Ti respondenti, kteří v otázce č.4 uvedli možnost „ano“, že vědí, kolik tekutin mají za 1 den vypít dále dopisovali, kolik se domnívají, že je to správné množství. 18 respondentů (38%) zmínilo, že za 24 hodin by se měly vypít 2 litry tekutin. Dalších 13 respondentů (28%) uvedlo, že by se za 1 den měly vypít 3 litry tekutin a 9 respondentů (19%) zmiňuje, že je to 2,5 litrů tekutin. Pouze 5 z dotazovaných (11%) uvedlo množství 1,5 litrů, což je nedostatečné množství a 2 respondenti (4%) uvedli 4 litry tekutin, což někdo může chápat jako přílišné množství, ovšem záleží i na podnebí nebo fyzické aktivitě.

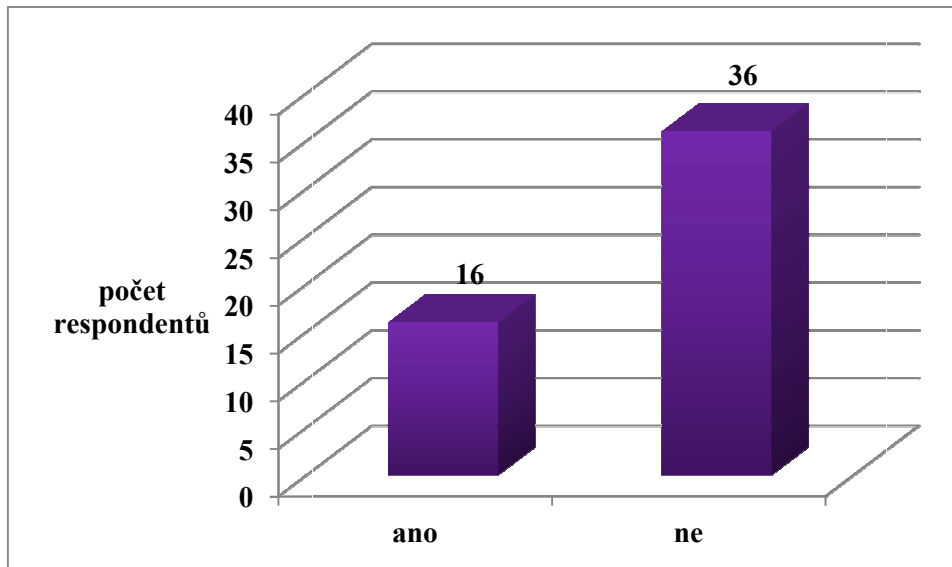
Otázka č. 5: Domníváte se, že dodržujete správný pitný režim?



Obr. č. 6 Domnívají se respondenti, že dodržují správný pitný režim?

V této otázce odpovědělo 26 respondentů (50%), že si myslí, že správný pitný režim dodržují. Dalších 11 respondentů (21%) uvedlo, že neví, zda dodržují správný pitný režim, a 15 respondentů (29%) uvedlo, že se domnívají, že správný pitný režim nedodržují.

Otázka č. 6: Musíte se k pití přemáhat?

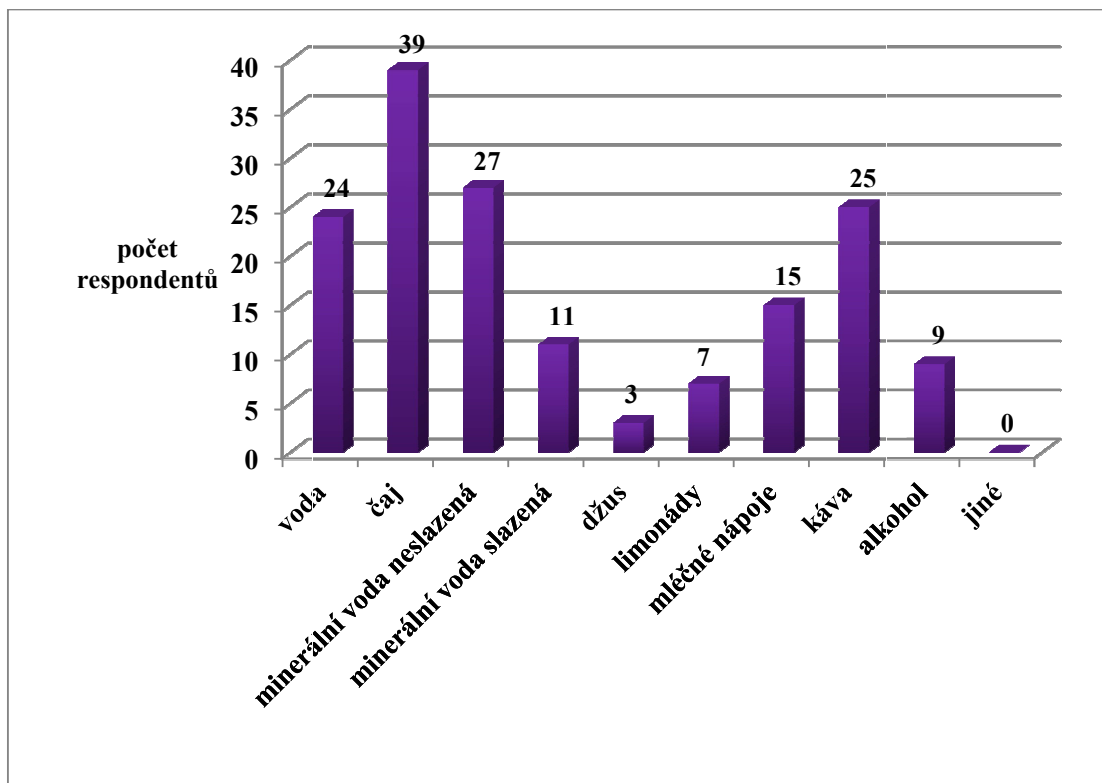


Obr. č. 7 Musí se respondenti přemáhat k pití?

V této otázce jsem zjišťovala, zda se respondenti k pití přemáhají či nikoli. Ze dvou stanovených odpovědí vybralo 16 respondentů (31%) odpověď „ano“. Již větší počet respondentů, tedy 36 (69%), uvedlo, že se k pití přemáhat nemusí.

Otázka č. 7: Jaké tekutiny během dne pijete nejčastěji? (může být více odpovědí)

Respondenti vybírali více z těchto nabízených možností:



Obr. č. 8 Tekutiny, které nejčastěji respondenti pijí.

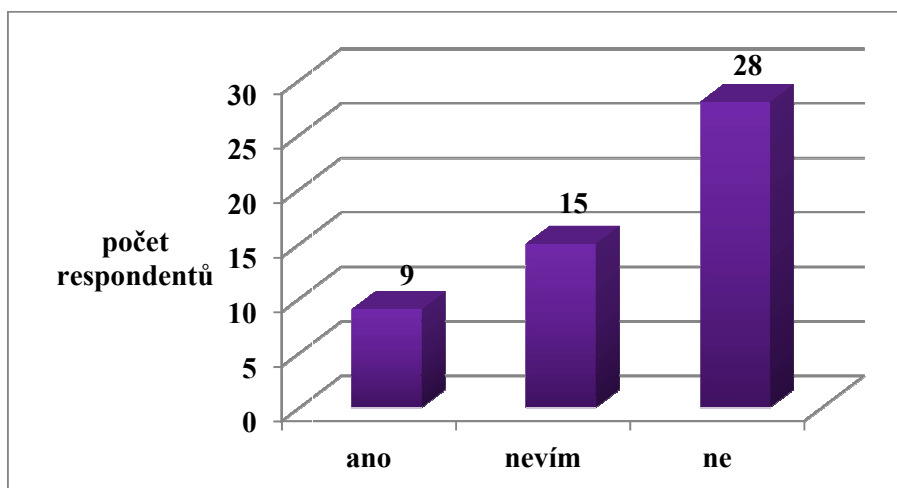
V této otázce jsme zjišťovala, jaké tekutiny respondenti nejvíce preferují. Nejčastěji zmiňován byl čaj, který uvedlo 39 z 52 dotazovaných respondentů (75%). Následovala neslazená minerální voda, kterou zmínilo 27 respondentů (52%). Další často uváděnou tekutinou byla káva, která se do pitného režimu nezapočítává, a uvedlo jí 25 respondentů (48%). Vodu uvedlo 24 respondentů (46%), mléčné nápoje, které se také do pitného režimu nezapočítávají, zmínilo 15 respondentů (29%), slazenou minerální vodu pije 11 respondentů (21%), alkoholické nápoje uvedlo 9 respondentů (17%), limonády zmínilo 7 z dotazovaných respondentů (13%) a 3 respondenti (6%) uvedli, že pijí džus. Možnost „jiné“ nezaškrtl žádný respondent.

Tab. č. 1 Druh a množství uvedených alkoholických nápojů.

Druh alkoholu	Množství (ml)	Pohlaví	Počet respondentů
světlé pivo 10°	250	žena	1
	300	muž	2
	500	muž	2
	1000	muž	1
světlé pivo 12°	500	muž	1
černé pivo 10°	500	muž	1
červené víno	100	žena	1
celkem			9

Tato tabulka popisuje jednotlivé druhy a množství alkoholických nápojů, které respondenti uváděli v otázce č.7. Z celkového počtu 52 respondentů uvedla 1 žena, že vypije 250ml světlého 10° piva. 2 muži uvedli 300ml světlého 10° piva. Další 2 muži uvedli, že vypijí 500ml světlého 10° piva a 1 muž uvedl, že vypije 1000ml, tedy 1 litr světlého 10° piva. Světlé 12° pivo v množství 500ml uvedl 1 muž. Černé 10° pivo v množství 500ml uvedl také 1 muž a 100ml červeného vína uvedla 1 žena.

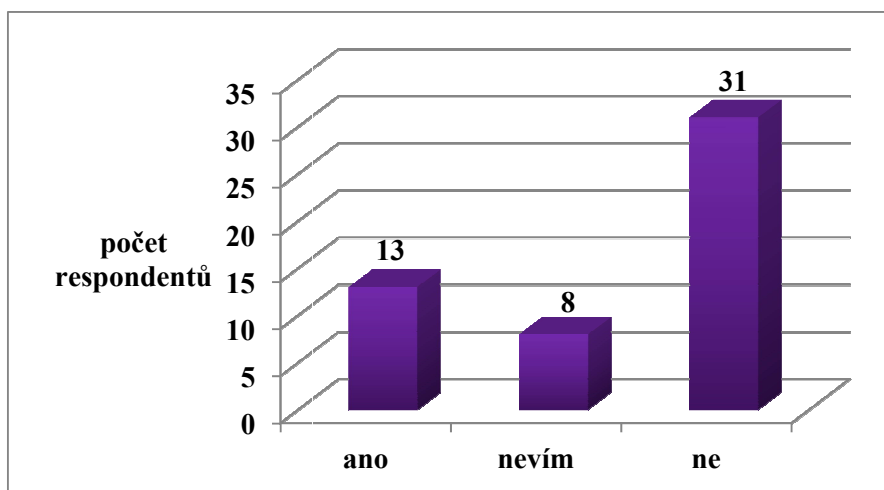
Otázka č. 8: Domníváte se, že je zdravé pít minerální vodu po celý den (24h denně)?



Obr. č. 9 Je zdravé pít minerální vodu po celý den?

V této otázce měli respondenti možnost vybrat ze 3 odpovědí. Nejvíce, tedy 28 z dotázaných respondentů (54%) zvolilo možnost „ne“, tedy správnou odpověď. Možnost „nevím“ zvolilo 15 respondentů (29%) a odpověď „ano“, že je zdravé pít minerální vodu po celý den, zvolilo 9 respondentů (17%).

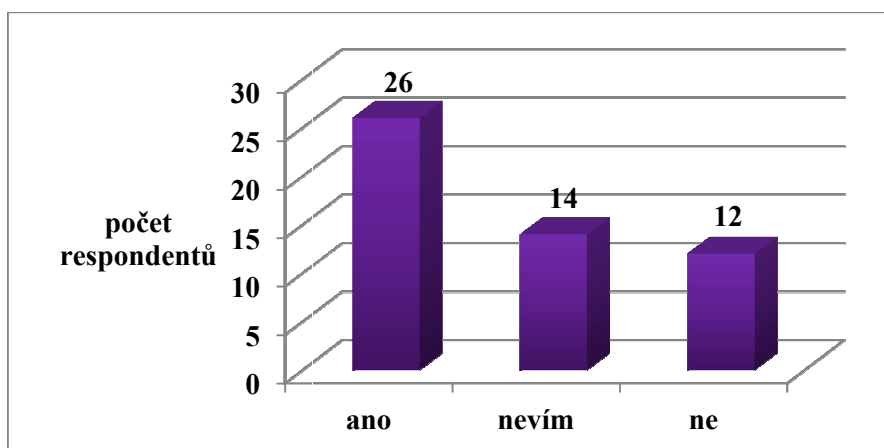
Otázka č. 9: Myslíte si, že se káva započítává do pitného režimu?



Obr. č. 10 Započítává se káva do pitného režimu?

Správnou možností, že se káva do pitného režimu nezapočítává, zvolilo 31 z 52 dotazovaných respondentů (60%). 13 respondentů (25%) si myslí, že se káva do pitného režimu započítává, a možnost „nevím“ zvolilo 8 respondentů (15%).

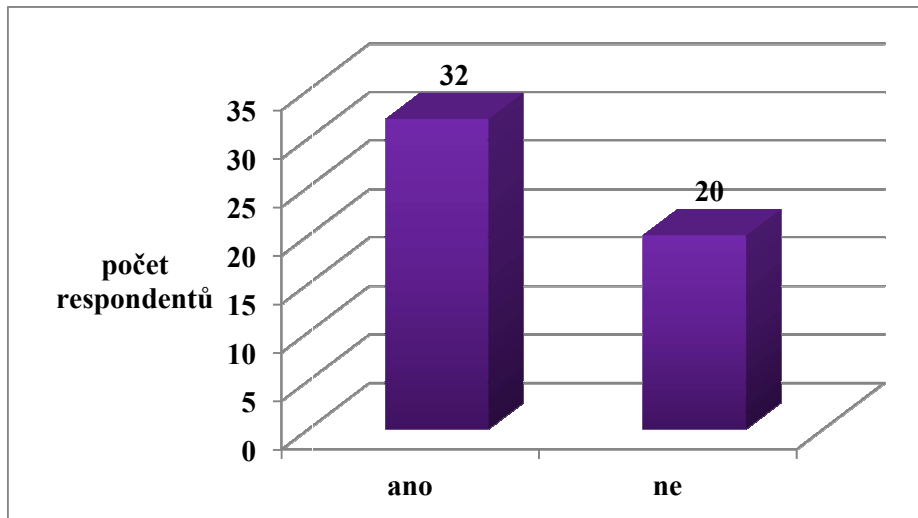
Otázka č. 10: Myslíte si, že se mléko započítává do pitného režimu?



Obr. č. 11 Započítává se mléko do pitného režimu?

V této otázce jsem chtěla zjistit, zda si respondenti myslí, že do pitného režimu patří také mléko. Nejvíce respondentů, tedy 26 (50%), zvolilo nesprávnou odpověď „ano“. 14 respondentů (27%) zvolilo možnost „nevím“ a 12 respondentů (23%) uvedlo správně možnost „ne“, že mléko do pitného režimu nepatří.

Otázka č. 11: Nabízí Vám někdo během dne tekutiny?

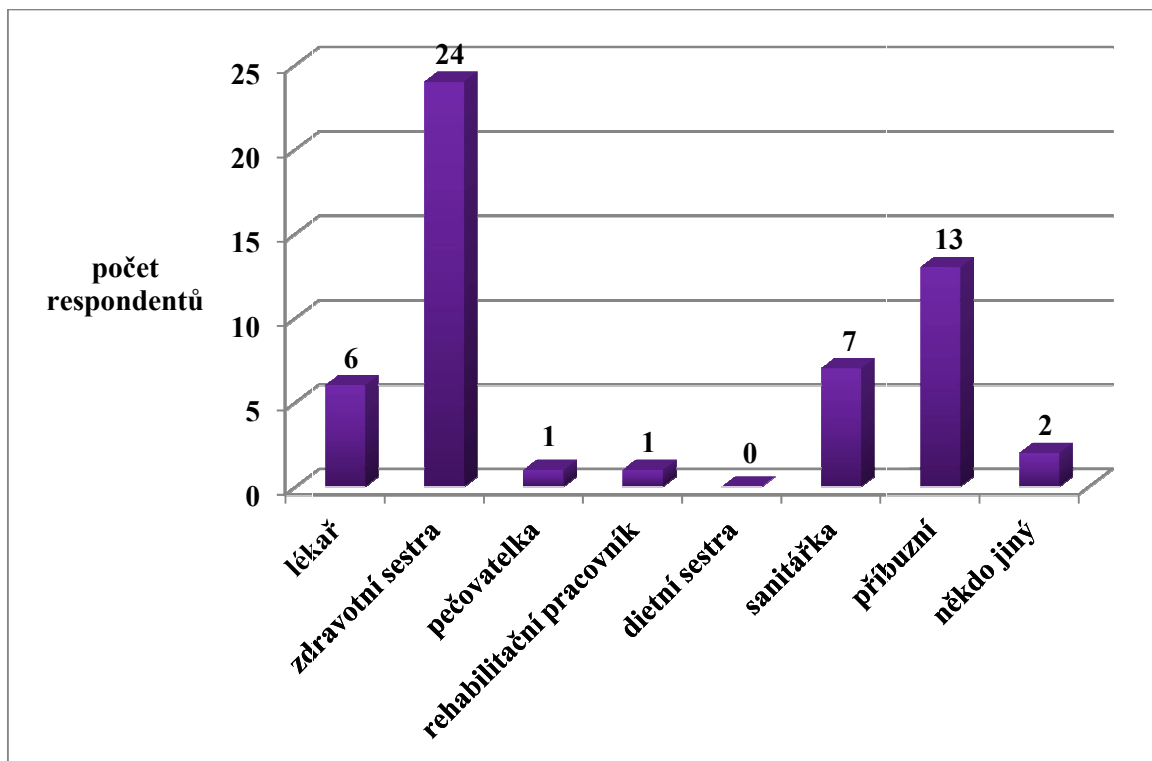


Obr. č. 12 Nabízení tekutin respondentům.

V této otázce měli respondenti možnost zmínit se o tom, zda jim během dne někdo nabídne tekutiny. 32 (62%) odpovědělo, že ano, a 20 (38%) uvedlo možnost „ne“.

Otázka č. 12: Pokud jste odpověděl(a) že ano, kdo tedy? (může být více odpovědí)

V této otázce měli respondenti možnost uvést více možností.



Obr. č. 13 Kdo nabízí respondentům tekutiny?

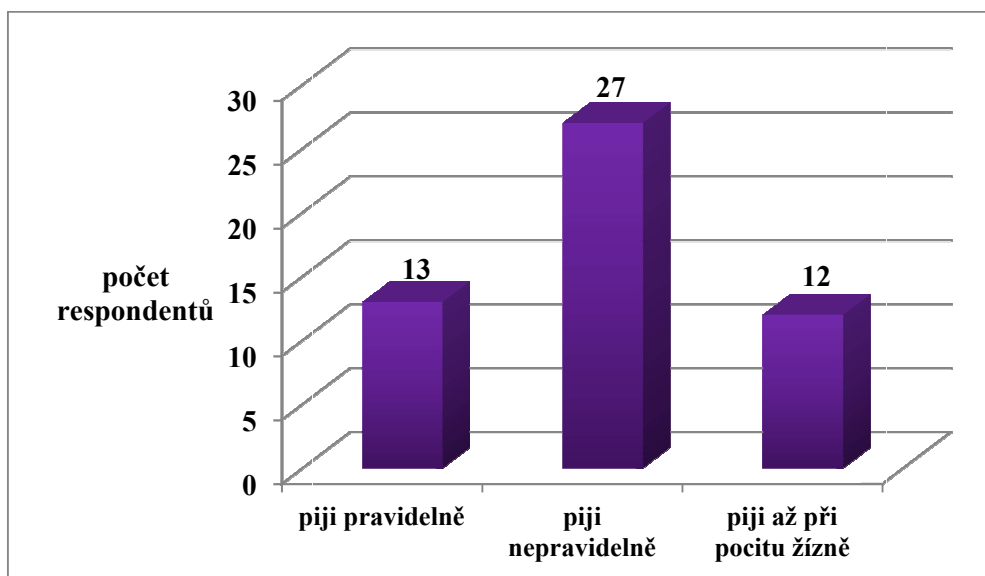
Z 32 respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili možnost „ano“, jich nejvíce, tedy 24 (46%), odpovědělo, že nejčastěji jim tekutiny nabízí zdravotní sestra. Dalších 13 respondentů (25%) uvedlo, že tekutiny jim nabízí příbuzní. 7 respondentů (13%) zvolilo možnost, že jim jsou tekutiny nabízeny sanitářkou. Dalších 6 respondentů (12%) uvedlo lékaře. 2 respondenti (4%) se přiklonili k variantě „někdo jiný“ (tabulka č.2), 1 respondent (2%) odpověděl, že mu tekutiny dále nabízí pečovatelka, a také 1 respondent (2%) uvedl rehabilitačního pracovníka.

Tab. č. 2 Nabízení tekutin.

Odpověď: někdo jiný	Počet respondentů
Studenti	1
Paní z kuchyňky	1
Celkem	2

Odpověď, že tekutiny jim jsou nabízeny někým jiným, zvolili 2 respondenti. 1 respondent (2%) uvedl studenty a také 1 respondent (2%) konstatoval, že mu tekutiny nabízí paní z kuchyňky.

Otázka č. 13: Pijete pravidelně během dne?



Obr. č. 14 Jak pravidelně respondenti pijí?

Možnost „ano, pijí pravidelně v určitých intervalech bez pocitu žízně“, zvolilo 13 (25%) z 52 dotazovaných respondentů. 27 respondentů (52%) uvedlo možnost „pijí nepravidelně, bez pocitu žízně“ a možnost „pijí až při pocitu žízně“ zvolilo 12 respondentů (23%).

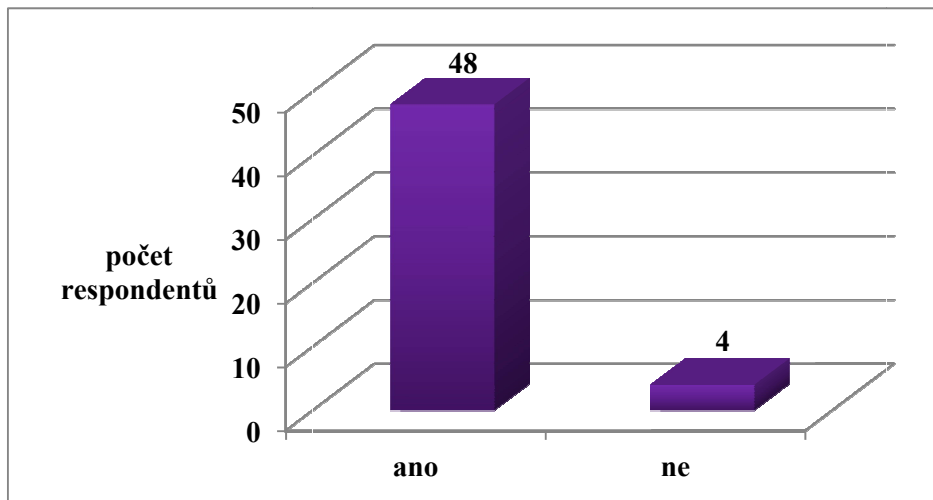
Otázka č. 14: Máte po celých 24 hodin volný přístup k pití?

Tab. č. 3 Přístup k tekutinám.

Odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, pití si mohu kdykoli sám nalít z konvice nebo lahve.	34	65%
Ano, pití mám v dosahu na stolku, personál mi tekutiny pravidelně dolévá.	16	31%
Pití na stolku mám, ale dlouho čekám, než mi personál tekutiny nalije.	2	4%
Pití na stolku mám, personál mi během dne tekutiny vůbec nenalije.	0	0%
Vůbec nemám možnost se napít.	0	0%
Celkem	52	100%

V této otázce měli respondenti uvést, zda mají po celý den volný přístup k pití. Nejvíce respondentů, tedy 34 (65%) uvedlo, že volný přístup k pití mají a mohou si pití kdykoli sami nalít. 16 (31%) respondentů uvedlo, že pití mají v dosahu a personál jim tekutiny pravidelně dolévá. 2 respondenti (4%) uvedli, že pití na stolku mají, ale dlouho čekají, než jim tekutiny personál nalije. Možnost, že personál respondentům vůbec tekutiny nenalévá a že se respondenti během pobytu v nemocnici nemají vůbec možnost napít, nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

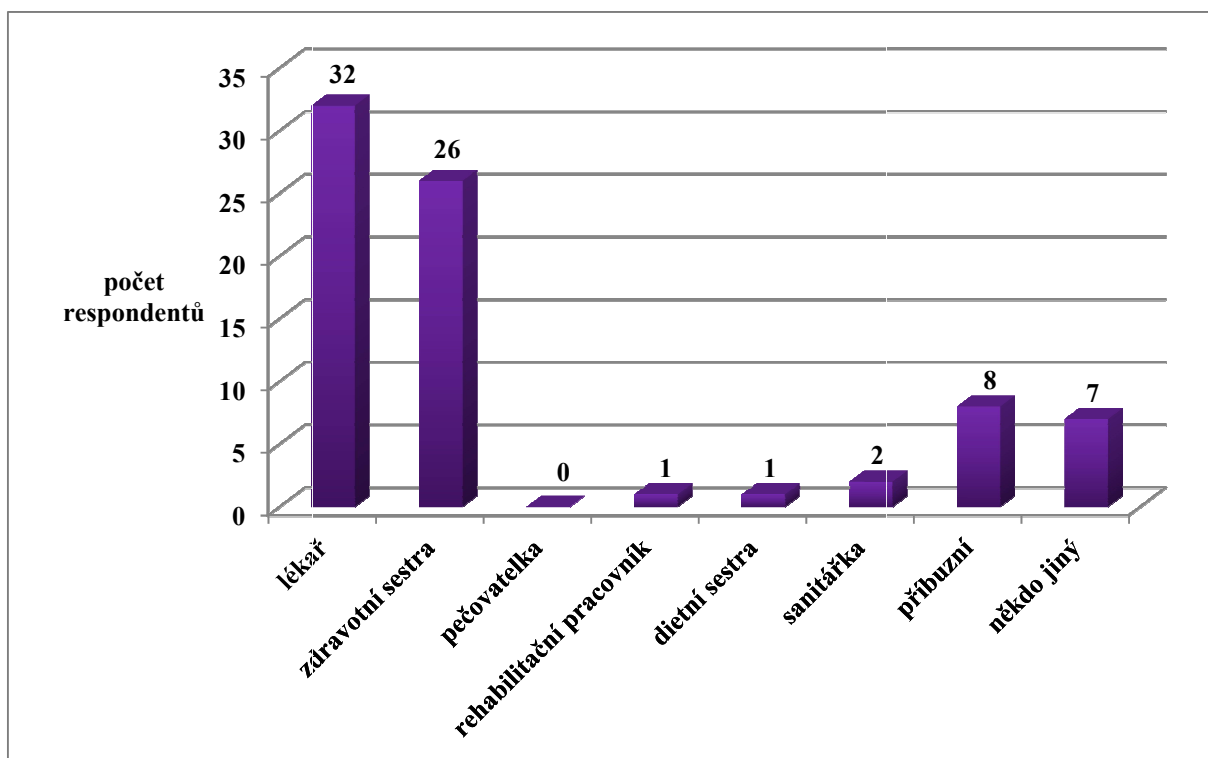
Otázka č. 15: Informoval Vás někdo, jak je důležité dodržovat pitný režim, a o rizicích způsobených dehydratací (nedostatku tekutin v těle)?



Obr. č. 15 Informovanost respondentů o pitném režimu a dehydrataci.

Tento graf ukazuje, že 48 dotazovaných respondentů (92%) bylo v průběhu života informováno o důležitosti dodržování pitného režimu a o rizicích způsobených dehydratací. Pouze 4 respondenti (8%) uvedli, že nikdy informování nebyli.

Otázka č. 16: Pokud jste odpověděl(a), že ano, kdo tedy? (může být více odpovědí)



Obr. č. 16 Kým byli respondenti informováni?

Ti respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost ano, dále uváděli, kdo je o pitném režimu a dehydrataci informoval. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Nejvíce respondentů, tedy 32 (62%) uvedlo, že je informoval lékař. Dalších 26 (50%) dotazovaných zvolilo možnost zdravotní sestra. Příbuzné uvedlo 8 (15%) respondentů a 7 respondentů (13%) uvedlo možnost „někdo jiný“ (tabulka č.4). 2 respondenti (4%) uvedli, že je informovala sanitářka, 1 respondent (2%) uvedl rehabilitačního pracovníka a také 1 respondent (2%) zmínil dietní sestru. Informování pečovatelkou neuvedl žádný respondent.

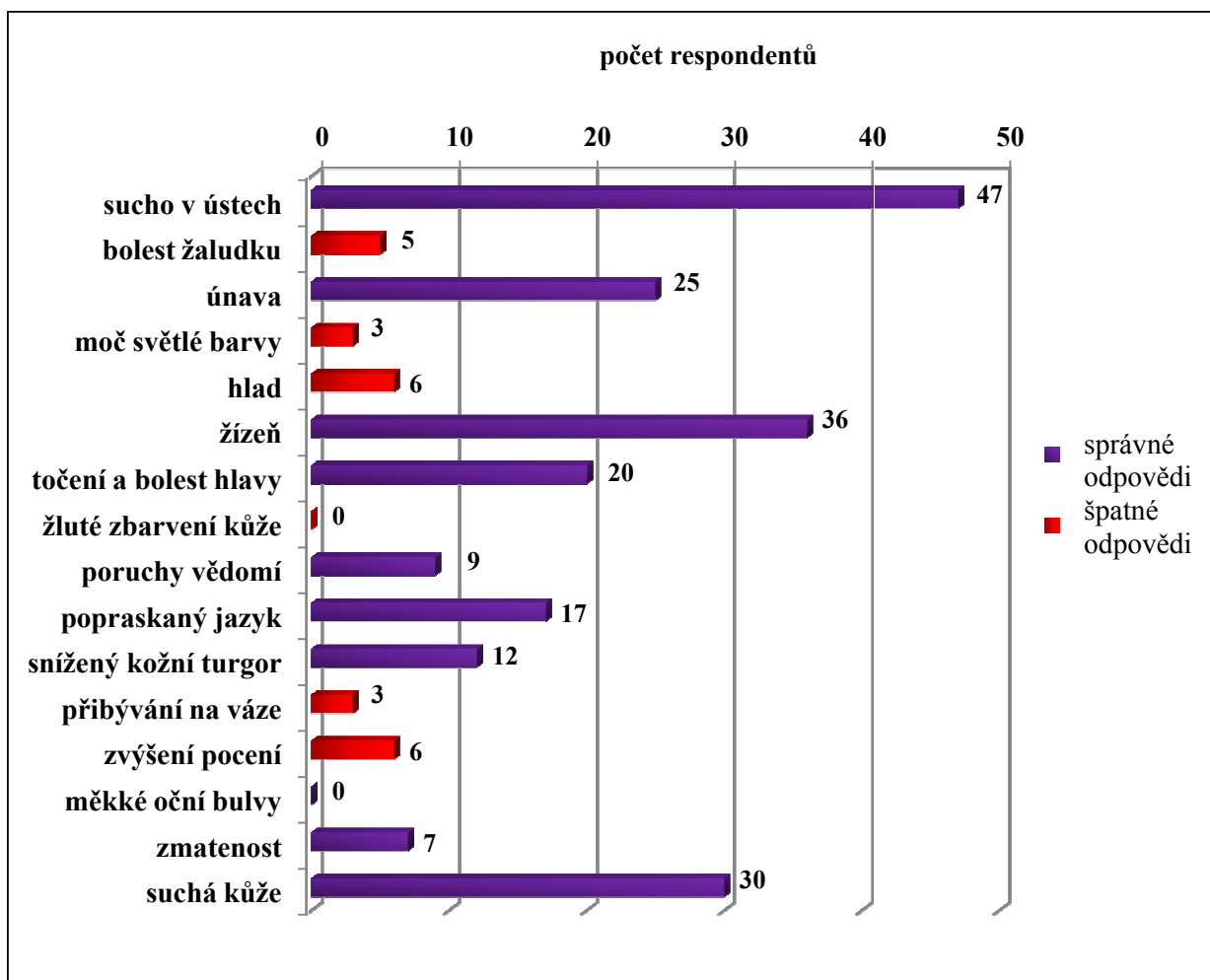
Tab. č. 4 Informování respondentů.

Odpověď: někdo jiný	Počet respondentů
Televize	4
Média	1
Noviny	1
Přátelé	1
celkem	7

Respondenti, kteří zvolili možnost, že je o pitném režimu informoval někdo jiný, dále dopisovali další možnosti. 4 respondenti (8%) uvedli, že informace získali z televize, 1 respondent (2%) napsal, že ho informovala média. 1 respondent (2%) získal informace z novin a také 1 respondent (2%) uvedl, že byl informován svými přáteli.

Otázka č. 17: Z následujících možností vyberte ty, které podle Vás patří mezi příznaky dehydratace (nedostatku tekutin v těle). (může být více odpovědí)

V této otázce měli respondenti za úkol vybrat ze 16 nabízených příznaků příznaky dehydratace.



Obr. č. 17 Příznaky dehydratace.

Správné odpovědi byly: sucho v ústech, únava, žízeň, točení a bolest hlavy, poruchy vědomí, popraskaný jazyk, snížený kožní turgor, měkké oční bulvy, zmatenost a suchá kůže.

Z 52 respondentů jich 47 (90%) správně uvedlo možnost sucho v ústech. 25 respondentů (48%) se správně domnívalo, do příznaků patří také únava. 36 respondentů (69%) správně zařadilo do příznaků žízeň. Točení a bolest hlavy uvedlo správně 20 respondentů (38%). Pouhých 9 respondentů (17%) uvedlo správně poruchy vědomí. 17 respondentů (33%) zaškrtnulo správný příznak popraskaný jazyk. Snížený kožní turgor zvolilo pouze

12 respondentů (23%). Žádný z dotázaných respondentů (0%) neuvedl příznak měkké oční bulvy. Pouze 7 respondentů (13%) uvedlo správně zmatenost a 30 respondentů (58%) se správně domnívá, že do příznaků dehydratace patří suchá kůže.

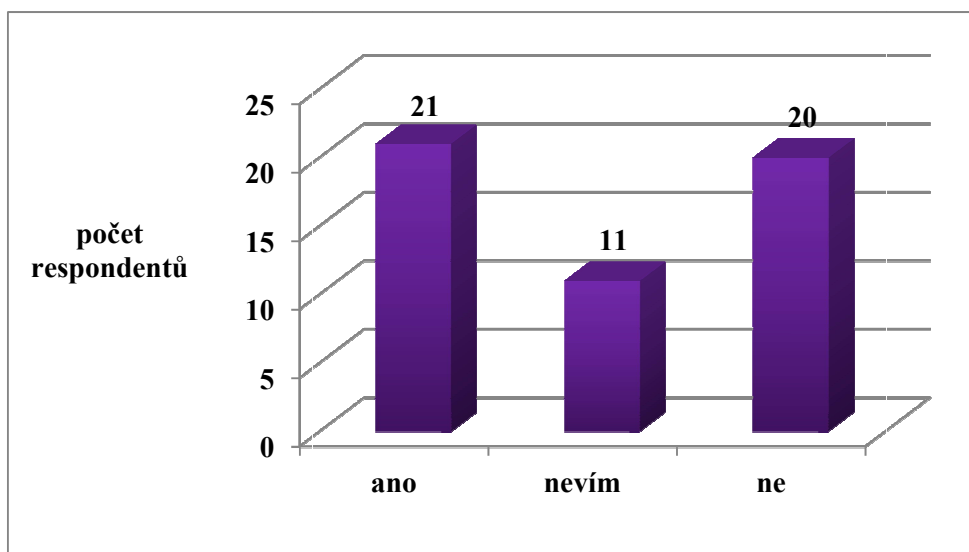
Příznaky, které neznají dehydrataci, jsou bolest žaludku, moč světlé barvy, hlad, žluté zbarvení kůže, přibývání na váze a zvýšené pocení.

Bolest žaludku uvedlo nesprávně jako příznak dehydratace 5 (10%) z 52 respondentů. Moč světlé barvy uvedli 3 respondenti (6%). Hlad je prý příznakem dehydratace podle 6 respondentů (12%). Žádný z dotázaných respondentů (0%) správně neuvedl příznak žluté zbarvení kůže. 3 respondenti (6%) si myslí, že do příznaků dehydratace patří přibývání na váze, a zvýšené pocení je příznakem dehydratace podle 6 respondentů (12%).

Otázka č. 18: Užíváte léky napomáhající odvodnění, takzvaná diuretika?

Respondentů jsem nabídla nápovědu v podobě názvů nejběžnějších diuretik:

Furosemid, Furon, Furorese, Hydrochlorothiazid, Verospiron, Rhefluin, Moduretic, Indap



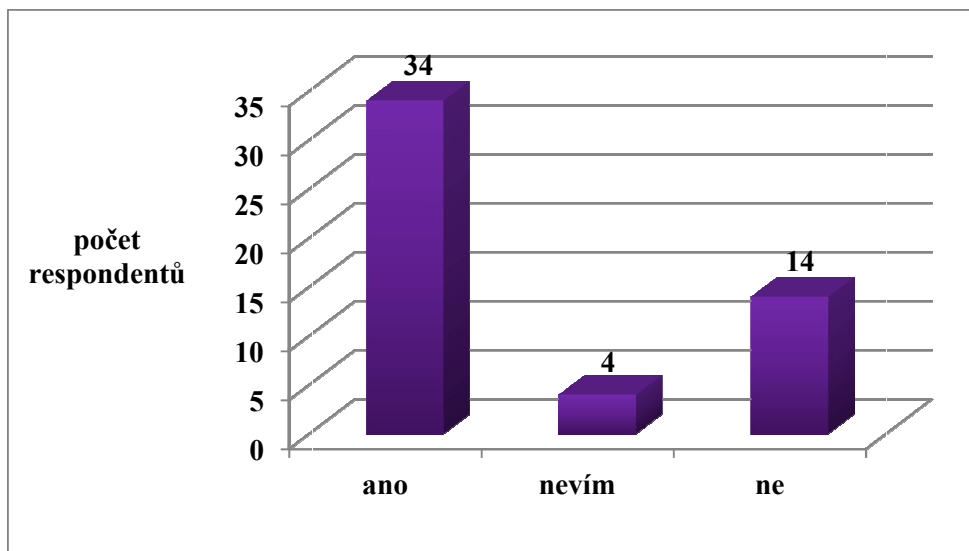
Obr. č. 18 Užívání diuretik.

V této otázce jsem chtěla zjistit, zda respondenti užívají diuretika, tedy léky napomáhající odvodnění. 21 respondentů (40%) zvolilo možnost ano, že užívají diuretika. 11 (21%) z 52 dotazovaných respondentů uvedlo, že neví, zda diuretika užívají, a 20 respondentů (39%) uvedlo, že diuretika neužívají.

Otázka č. 19: Léčíte se s nějakým onemocněním, které ovlivňuje Váš pitný režim?

Respondentů jsem opět nabídla nápovědu:

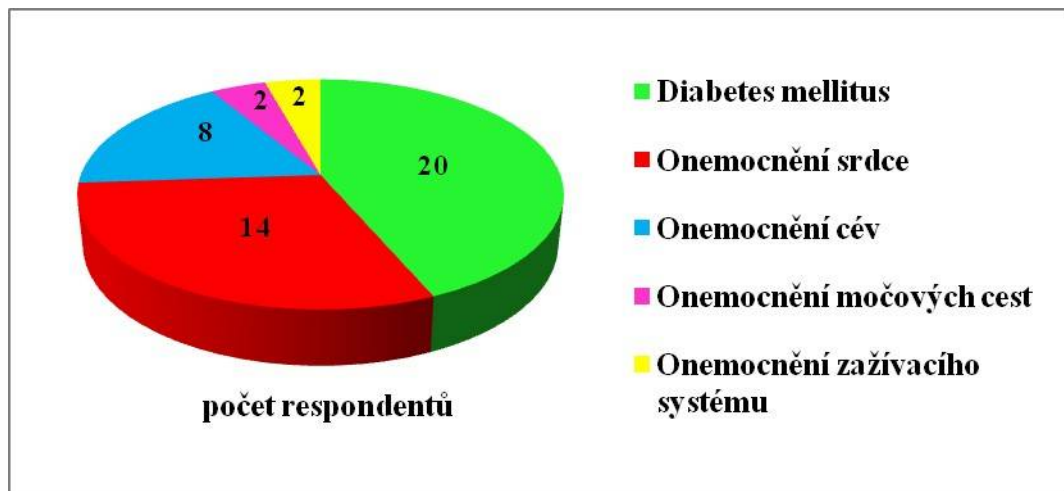
onemocnění srdce a cév, onemocnění zažívacího systému, onemocnění močových cest, cukrovka



Obr. č. 19 Onemocnění ovlivňující pitný režim.

V této otázce jsem zjišťovala, zda se respondenti léčí s nějakým onemocněním. 34 respondentů (65%) uvedlo možnost „ano“. 4 respondenti (8%) zmínili, že nevědí, zda se léčí s nějakým onemocněním a 14 respondentů (27%) uvedlo, že se s žádným onemocněním neléčí.

Vypište onemocněními, se kterými se léčíte.



Obr. č. 20 Jednotlivá onemocnění respondentů.

Dále jsem zjišťovala, s jakými onemocněními se respondenti léčí. Uváděli i více onemocnění. Nejvíce zmiňovaný byl diabetes mellitus, který uvedlo 20 (38%) z 34 respondentů, kteří uvedli, že mají nějaké onemocnění. Následovalo onemocnění srdce, které uvedlo 14 respondentů (27%). 8 respondentů (15%) má onemocnění cév. 2 respondenti (4%) uvedli, že se léčí se zažívacím systémem a 2 respondenti (4%) trpí onemocněním močových cest.

DISKUSE

V této části bakalářské práce se věnuji výzkumným otázkám, které jsem si stanovila na začátku výzkumu.

Výzkumná otázka č. 1 Domnívá se většina respondentů, že dodržují správný pitný režim?

Po zpracování dotazníků a vyhodnocení odpovědí, které mi respondenti poskytli, jsem zjistila, že polovina, tedy 26 (50%) dotázaných respondentů, se domnívá, že správný pitný režim dodržuje. Ovšem 10 (19%) z nich uvedlo nedostatečné množství tekutin, které za 24 hodin vypijí, tedy množství 1,5 litru a méně.

11 respondentů (21%) uvedlo, že nevědí, zda dodržují správný pitný režim. Z těchto 11 dotázaných uvedl 1 respondent (2%), že vypije 2 litry tekutin za 24 hodin, tedy správné množství. Zbýlý počet, tedy 10 respondentů (19%), kteří nevědí, zda dostatečně pijí, uvedli nedostatečné množství 1,5 litru a méně.

15 respondentů (29%) se domnívá, že správný pitný režim nedodržuje. Z těchto 15 respondentů uvedlo 12 (23%) dotázaných opravdu nedostatečné množství, tedy 1,5 litru a méně. 3 respondenti (6%) uvedli, že vypijí 2 litry a více tekutin za 24 hodin, přesto se domnívají, že pitný režim nedodržují. Tento výsledek by se mohl zdůvodnit nedostatečnou informovaností.

Na otázku, zda respondenti vědí, kolik tekutin by měli za 1 den vypít, odpovědělo 47 dotazovaných (90%), že ano. Ovšem z mého výzkumu vyplývá, že přesto pitný režim nedodržuje více jak polovina respondentů. Pouhých 20 respondentů (38%) napsalo, že vypije doporučené množství tekutin, tedy 2 litry, 2,5 litru nebo 3 litry za 24 hodin. Velká většina dotázaných, tedy 32 respondentů (62%), odpověděla, že za den vypije 1,5 litru a méně, přestože doporučené množství je 2-3 litry. Tento výsledek může být odůvodněn také tím, že výzkum probíhal v zimních měsících, kdy je výdej tekutin menší než v létě. Tím pádem je menší i příjem tekutin.

Zda respondenti dodržují pitný režim, zjišťovala ve své bakalářské práci i studentka Univerzity Palackého v Olomouci Petra Nováčková (2010). Jejího výzkumu se zúčastnilo 100 respondentů. Její výsledky ukázaly, že 67% dotázaných si myslí, že pitný režim dodržují,

přesto 75 % dotazovaných dále uvedlo, že vypijí 1,5 litru a méně tekutin za 1 den. (Nováčková, 2010)

Výzkumná otázka č. 2 Musí se respondenti k pití přemáhat?

Z celkového počtu 52 dotázaných respondentů (100%) uvedlo 16 z nich (31%), že se k pití musí přemáhat. Zbýlý počet, tedy 36 respondentů (69%), se k pití přemáhat nemusí.

Pokud opět porovnám své výsledky s výsledky studentky Univerzity Palackého v Olomouci, tak zjistíme, že se zase o tolik neliší. Přesto, že ona dotázaným nabídla 3 možné odpovědi a to a) ano, b) ne, c) jak kdy. Já nabídla respondentů pouze 2 odpovědi a to a) ano, b) ne. Její výsledky jsou následující. 19% respondentů z celkového počtu 100% odpovědělo, že se k pití přemáhat musí, 44% odpovědělo, že se k pití nepřemáhají a 37% se k pití přemáhají jak kdy. (Nováčková, 2010).

Výzkum nám tudíž oběma ukázal, že nejvíce dotázaných se k pití nepřemáhá. Jiné výzkumy na toto téma jsem bohužel nikde neobjevila, to ale neznamená, že takové výzkumy neexistují.

Výzkumná otázka č. 3 Preferují respondenti některé tekutiny více než jiné?

Respondentům jsem tuto otázku položila záměrně, abych zjistila, jaké tekutiny nejčastěji pijí a zda pijí správné tekutiny, které se započítávají do pitného režimu a nezatěžují jejich organismus. Od 52 respondentů (100%) jsem získala celkem 160 odpovědí. Z těchto odpovědí vyplynulo, že nejvíce respondentů pije čaj (černý, ovocný, zelený aj.). Čaj byl celkem zmíněn 39 respondenty (75%). Nováčková (2010) ve své práci uvádí stejný výsledek a to, že respondenti nejvíce pijí čaj. V pořadí další nejčastěji zmiňovanou tekutinou v mém dotazníku byla neslazená minerální voda, kterou pije 27 respondentů (52%). Na třetí pozici v mém výzkumu se umístila káva, kterou uvedlo 25 respondentů (48%), což je téměř polovina. Tento výsledek mě osobně překvapil. Ale i Nováčková (2010) zmiňuje, že v jejím výzkumu uvedla více jak polovina respondentů (52%), že pije kávu. Káva se ovšem do pitného režimu nezapočítává. Této problematice se věnuji v následující výzkumné otázce. Pití čisté vody z kohoutku uvedlo 24 respondentů (46%). Nováčková (2010) uvádí, že z jejího výzkumu vyplynulo, že voda z kohoutku je v oblíbenosti na druhém místě, pije ji 45 ze 100 dotázaných respondentů. Mandžuková (2006) uvádí, že voda z vodovodu je zdravotně nezávadná, ovšem obsahuje chlór, který zdraví sice neškodí, ale zhoršuje chuť vody. Mléčné nápoje podle mých výsledků pije 15 respondentů (29%) ze 52 dotázaných. Mléko a další mléčné nápoje do

pitného režimu nepatří stejně jako káva. Slazenou minerální vodu pije podle mého výzkumu 11 respondentů (21%). U této položky jsem čekala větší počet respondentů, vzhledem k tomu, že jsem předpokládala, že slazené minerální vody jsou velice oblíbené i přesto, že se nedoporučují pít celý den. Ohrožují nás přetížením ledvin či srdce. Každá minerální voda obsahuje jiný poměr minerálních látek, takže když se je rozhodneme konzumovat, měli bychom je pravidelně střídat (Mandžuková, 2006). V malém procentu byly zmíněné limonády, které uvedlo 7 respondentů (13%), a také džusy, které dle mého výzkumu pijí pouze 3 respondenti (6%). Domnívala jsem se, že džusy budou mezi seniory více oblíbené vzhledem k jejich obsahu vitaminů. Poslední položkou, kterou respondenti zmiňovali, byl alkohol. 9 respondentů (17%) uvedlo, že si během dne dopřeje pivo či víno. Ve většině případů (13%) to byli muži. Uváděli, že vypijí 10° nebo 12° světlé nebo černé pivo v množství od 250ml do 1000ml. Jedna žena uvedla, že si dopřeje sklenku červeného vína, a další žena uvedla, že vypije skleničku piva. Nováčková (2010) uvádí, že 20% dotázaných respondentů uvedlo, že alkoholické nápoje pijí pravidelně a 54% pouze příležitostně. Dle Mandžukové (2006) či Kunové (2004) není pivo ani víno pro lidský organismus škodlivé, naopak pivo podporuje trávení a víno zase působí blahodárně na kardiovaskulární systém. Samozřejmě tyto alkoholické nápoje musíme pít v přiměřeném množství a musíme myslet na to, že se nezapočítávají do pitného režimu.

Výzkumná otázka č. 4 Myslí si respondenti, že se do pitného režimu započítává káva a mléko?

Tuto otázku jsem položila respondentům z toho důvodu, že se domnívám, že stále spousta lidí netuší, že se káva ani mléko do pitného režimu nepočítá. Káva organismus odvodňuje a mléko se považuje za potravinu, nikoli za tekutinu (Mandžuková, 2006). Domnívala jsem se, že na tuto otázku nebudou znát respondenti správnou odpověď. Navíc v otázce č.7 uvedla téměř polovina respondentů (48%), že kávu denně pijí. K mému překvapení mi ovšem vyšlo, že 31 respondentů (60%) kávu do pitného režimu neřadí. 8 respondentů (15%) ale netuší, zda se káva počítá do pitného režimu, a odpověď ano zvolilo 13 respondentů (25%), kteří se domnívali, že pitím kávy doplňují do těla tekutiny. Během studia literatury jsem objevila spoustu článků na toto téma, především na internetu nebo v médiích, kde ovšem nebyl vždy uveden důvěryhodný zdroj. Přesto informace, které jsem se tam dočetla, byly shodné s články v odborných časopisech či knihách. Jelikož byl výzkum prováděn u seniorů, nedomnívám se,

že ti získali informace právě z internetových zdrojů, přesto výzkum dopadl nad mé očekávání - 60% respondentů kávu do pitného režimu neřadí.

Opačné výsledky jsem registrovala u otázky, zda se do pitného režimu započítává mléko a mléčné výrobky. Domnívala jsem se, že respondenti nebudou znát odpověď na tuto otázku, protože toto téma není tak mediálně známé jako třeba otázka pití kávy. Také já jsem před začátkem studování literatury netušila, zda se mléko do pitného režimu řadí či nikoli. Polovina respondentů (50%) zvolila možnost ano, tudíž nesprávnou odpověď. Možnost nevím zvolilo 14 respondentů (27%) a pouze 12 respondentů (23%) uvedlo správně, že mléko do pitného režimu nepatří. Tyto výsledky mě nepřekvapily.

Po vyplnění dotazníku se respondenti často ptali, jaká je pravda, a někteří byli mou odpovědí velmi překvapeni. Co se kávy týče, uvedlo 60% respondentů správnou odpověď. U mléka dopadly výsledky téměř naopak.

Výzkumná otázka č. 5 Jsou respondentům dostatečně nabízeny tekutiny zdravotnickým personálem?

Vzhledem k tomu, že jsem během své praxe málokdy zaregistrovala, že by personál aktivně nabízel pacientům tekutiny, rozhodla jsem se zjistit, jak tuto situaci vidí sami pacienti, kterých se to týká, protože je jasné, že ne vždy jsem tomu mohla být přítomna. Domnívala jsem se, že asi polovina respondentů uvede, že jim tekutiny nabízeny nejsou. Přesto 32 respondentů (68%) uvedlo, že tekutiny jim zdravotnickým personálem nabízeny jsou. Zbýlý počet respondentů, tedy 20 (32%), uváděl, že jim během pobytu v nemocnici tekutiny nikdo nenabízí. Tudíž většímu procentu hospitalizovaných pacientů jsou tekutiny během dne nabízeny.

Na otázku, zda mají respondenti celý den přístup k tekutinám, odpovědělo 50 dotázaných (96%), že ano. Pití si buď zvládnou nalít sami, nebo jim je pravidelně nalévá personál. Pouze 2 respondenti (4%) uvedli, že musí dlouho čekat, než jim zdravotnický personál tekutiny dolije. Z toho vyplývá pozitivní zjištění, které jsem neočekávala. Dotázaní pacienti ve zdravotnickém zařízení, kde jsem výzkum prováděla, netrpí žízní.

Dále jsem zjišťovala, kdo pacientům tekutiny nabízí. Z 32 respondentů (68%) jich nejvíce, tedy 24 (46%) uvedlo, že nejčastěji je to zdravotní sestra, kdo jim pitný režim připomíná.. Tuto odpověď jsem očekávala. Ovšem na oddělení se pohybuje i jiný zdravotnický personál a proto mě překvapilo, že na druhém místě stanuli příbuzní, které uvedlo 13 respondentů (25%). Nabízení tekutin sanitářkou uvedlo 7 respondentů (13%), pečovatelkou 1 respondent

(2%), rehabilitačním pracovníkem také 1 respondent (2%) a žádný z respondentů (0%) neuvedl dietní sestru. Tyto malá procenta mě překvapily, protože jsem se domnívala, že sanitářky, pečovatelky atd., tráví u pacientů hodně času, proto je spousta příležitostí k připomínání toho, že mají dostatečně dodržovat pitný režim. Dále uvedlo 6 respondentů (12%), že jim tekutiny nabídl lékař. Toto menší procento mě nepřekvapilo, jelikož lékaři navštěvují pacienty většinou na jen vizitách, či v případě potřeby, a proto nemají tolik příležitostí jako zdravotní sestry či sanitářky pacientům pití připomínat. Dále uvedl 1 respondent, že mu tekutiny nabízí paní z kuchyňky a 1 respondent zmínil studenty. Studenti střední školy tyto oddělení navštěvovali dva dny v týdnu a to v hojném počtu. Proto mě tento výsledek zarazil. Ovšem i toto by se dalo vysvětlit tím, že na střední škole jsou studenti ještě mladí, nezkušení a mnohdy i z nového prostředí, kde se učí pracovat, překvapení. Mají co dělat sami se sebou, aby tuto náročnou práci zvládli.

Bohužel jsem neobjevila žádnou jinou práci, či výzkum, kde bych své výsledky mohla porovnat.

Výzkumná otázka č. 6 Udává většina respondentů dostatečnou informovanost zdravotnickým personálem o dodržování pitného režimu a rizicích způsobených dehydratací?

Nedostatek tekutin v těle může způsobit spoustu komplikací. Informovanost o pitném režimu považuji za velmi důležitou, obzvláště ve vyšším věku. Také proto jsem vytvořila informační leták pro seniory (Příloha D). Na otázku, zda byly někdy pacienti informováni o pitném režimu a rizicích způsobených dehydratací, odpovědělo 48 respondentů (92%), že ano a pouze 4 respondenti (8%) prý informovaní nikdy nebyli. Respondenti dále uváděli, kdo jim informace poskytl a mohli uvést více odpovědí. Informace poskytnuté lékařem uvedl největší počet respondentů a to 32 dotázaných (62%). Zdravotní sestra dle výzkumu informovala 26 dotázaných pacientů (50%). 8 respondentů (15%) uvedlo, že informace získali od svých příbuzných a 7 respondentů (13%) uvedlo, že dostali informace z jiných zdrojů, například z médií či přátel. Tyto výsledky jsou podle mého názoru dobré, ovšem opět mě překvapilo, že pouze 2 respondenti (4%) uvedli, že získali informace od sanitářky, 1 respondent (2%) od dietní sestry, 1 respondent (2%) od rehabilitačního pracovníka a žádný z respondentů (0%) neslyšel informace od pečovatelky. Můžeme pouze spekulovat, co je důvodem těchto výsledků.

Abych se přesvědčila, že se respondenti alespoň obecně orientují v této problematice, položila jsem jim otázku, zda znají příznaky dehydratace. Dostali možnosti v podobě šestnácti příznaků, kde bylo 10 příznaků správně a 6 příznaků špatně. Podle mých výsledků si nejsem zcela jistá, zda tyto příznaky respondenti znají a byly by případně schopní sami na sobě určit, zda začínají jevit příznaky dehydratace. 47 respondentů (90%) uvedlo příznak sucho v ústech, 36 respondentů (69%) uvedlo správný příznak žízeň, 30 respondentů (58%) uvedlo jako příznak suchou kůži a necelá polovina respondentů, tedy 25 (48%) uvedli správně únavu. Další správné příznaky dehydratace jako je točení a bolest hlavy uvedlo 20 respondentů (38%), popraskaný jazyk zmínilo 17 respondentů (33%), snížený kožní turgor uvedlo 12 respondentů (23%), poruchy vědomí uvedlo 9 respondentů (17%) a zmatenost 7 respondentů (13%). Příznak měkké oční bulvy neuvedl žádný respondent (0%). Dle mého názoru nejsou tyto výsledky příliš pozitivní, domnívám se tedy, že respondenti o dehydrataci a jejích rizicích nejsou příliš informovaní, přesto že jich 92% uvedlo, že informace získali. Nesprávné příznaky jako hlad a zvýšené pocení uvedlo 6 respondentů (12%), bolest žaludku uvedlo 5 respondentů (10%), 3 respondenti uvedli jako příznak dehydratace přibývání na váze a moč světlé barvy (6%) a žádný respondent (0%) neuvedl nesprávný nabízený příznak žluté zbarvení kůže.

Ovšem v bakalářské práci studentky Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2010 vyšly výsledky poněkud jiné. 56% respondentů tehdy uvedlo, že komplikace dehydratace nezná a menší procento, tedy 44% uvedlo, že s komplikacemi dehydratace již seznámeni byli. Tehdy respondenti vybírali ze šesti příznaků dehydratace pouze 2 nejdůležitější. Nejvíce, tedy 75 respondentů (38%) z celkového počtu 100 respondentů, se rozhodlo pro příznak žízeň a 66 respondentů (33%) uvedlo jako nejdůležitější příznak sucho v ústech. Tyto výsledky se ovšem s výsledky mé práce shodují. (Nováčková, 2010)

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku dodržování pitného režimu u seniorů. Výsledky ukázaly, jak moc pacienti dodržují pitný režim, do jaké míry jsou informovaní o rizicích způsobených dehydratací a zda mají informace o důležitosti dodržování pitného režimu.

Nastudovala jsem literaturu, ze které jsem čerpala poznatky do teoretické části práce. Ta je složená z 5 kapitol. Nejdříve jsem se věnovala změnám ve stáří, fyzickým a psychickým, které lidské tělo v tomto životním období zažívá. Další kapitola byla věnována tekutinám, které běžně pijeme, jaké složky tekutiny obsahují, zda jsou pro naše tělo vhodné a zda patří do pitného režimu. Na toto téma bylo navázáno další kapitolou s názvem minerální látky. Věnuji se zde nejběžnějším minerálním látkám, které jsou obsaženy převážně v minerálních vodách. Ve čtvrté kapitole jsem se věnovala pitnému režimu a otázce, proč je tak důležité správné doplňování tekutin do organismu. Rozvedla jsem také téma dehydratace a hyperhydratace a jejich podskupiny. Poslední kapitola se zabývá ošetrovatelskou péčí, kterou by měla provádět každá zdravotní sestra. Zmínila jsem se také o prevenci a komplikacích způsobených dehydratací.

V praktické části jsou uvedené výsledky výzkumu, který jsem prováděla. Pacientům jsem rozdala nestandardizované dotazníky a hodnotila jsem, zda dodržují pitný režim. Dále mě zajímala jejich informovanost týkající se pitného režimu. Také jsem se dozvěděla, že více jak polovině pacientům jsou tekutiny nabízeny, a to především zdravotními sestrami. Co se týče informovanosti, uvedli téměř všichni dotázaní, že v průběhu života informace získali, především od lékaře. Přesto velká většina respondentů nedokázala určit správné příznaky dehydratace.

Dbát na pitný režim by se mělo ne jenom ve zdravotnických zařízeních, ale především v domácím prostředí. Rodina hraje také velmi důležitou roli v péči o své stárnoucí příbuzné. Jak jsem již několikrát zmiňovala, dehydratovaný organismus je více náchylný ke vzniku komplikací, které nás dokáží hodně potrápít. Určitě bychom se neměli stydět zeptat se na informace například svého praktického lékaře, který by nám je měl umět poskytnout. Nedoporučuji ovšem věřit všem radám, které se objeví například na internetu či v televizních reklamách, kde jde více o komerční tahy než o vaše zdraví.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ČÍŽKOVÁ, Jitka, et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.
2. DOENGES, E. Marylinn a Frances Mary MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
4. FOŘT, Petr. *Co jíme a pijeme?*. Praha: Olympia, 2003. ISBN 80-7033-814-8.
5. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. ISBN 987-80-247-1868-2.
6. HAVLÍK, Bořivoj. *Pijeme zdravě?*. Praha: Sdružení českých spotřebitelů, 2006. ISBN 80-239-7677-X.
7. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK a Roman JIRÁK, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. KOŽÍŠEK, František. Státní zdravotní ústav. *Pitný režim* [online]. Praha: SZÚ, 12/2005 [cit. 2013-05-12]. Dostupné z www: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/pitny-rezim>
9. KREJČÍ, Ivan. *O kávě a čaji*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-535-1.
10. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0736-5.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
12. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
13. MANDŽUKOVÁ, Jarmila. *Co pít, když...*. Benešov: START, 2006. ISBN 80-86231-37-2.
14. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
15. NOVÁČKOVÁ, Petra. *Pitný režim u seniorů*. Olomouc, 2010. 66 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
16. POPOV, Petr. Alkohol. In: KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
17. PRŮCHOVÁ, Jarmila, et al. *Pravda a mléce - jak ji potvrzuje věda*. 3. vyd. Hradec Králové: Svítání, 2007. ISBN 80-86198-43-X.

18. ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Učebnice somatologie*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2009. ISBN 978-80-7357-454-3.
19. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
20. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
21. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK, Diuretika* [online]. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, ©2011 [cit. 2013-06-05]. Dostupné z [www: http://www.stefajir.cz/index.php?q=diuretika](http://www.stefajir.cz/index.php?q=diuretika)
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
23. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A <i>Celková tělesná voda ve vztahu k věku, pohlaví a tělesné hmotnosti</i>	66
Příloha B <i>Projev dehydratace</i>	67
Příloha C <i>Dotazník</i>	68
Příloha D <i>Informační leták</i>	71

Příloha A Celková tělesná voda ve vztahu k věku, pohlaví a tělesné hmotnosti

Věk	Celková tělesná voda (% tělesné hmotnosti)
nedonošené dítě	80
dítě - 3. měsíce	70
dítě - 6. měsíců	60
dítě - 10 až 18 let	chlapci 59, dívky 57
dospělý - normální hmotnost	muži 60, ženy 50
dospělý - hubený	muži 70, ženy 60
dospělý - obézní	muži 50, ženy 42
jedinec nad 60 let	muži 52, ženy 46
kachektický nemocný	70-75

(Zadák, 2008)

Příloha B *Projev dehydratace*

Stupeň dehydratace (v % úbytku tělesné hmotnosti)	Projev dehydratace
0-1	pocit žízně
1-2	podlomení mysli
2-3	ztráta chuti k jídlu
3-4	špatně od žaludku
4-5	bolest hlavy
5-6	Závratě
6-7	obtíže s mluvením
7-8	obtíže s dýcháním
8-9	neschopnost jíst
9-10	apatie, selhání smyslů
10-11	neschopnost polykat
11-12	zhroucení, kolaps

(Havlík, 2006)

Příloha C Dotazník

Dotazník pro pacienty:

Dobrý den, jmenuji se Radka Hvězdová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Otázka dodržování pitného režimu u seniorů. Dotazník je anonymní, získaná data budou použita pouze pro zpracování mé práce. Svoji odpověď prosím zakroužkujte nebo dopište do příslušného řádku. Předem děkuji za spolupráci a čas, který dotazníku věnujete.

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) 60 - 74 let
- b) 75 - 89 let
- c) 90 let a více

3. Kolik vypijete tekutin za 24 hodin? (napište množství v litrech)

4. Víte, kolik litrů tekutin byste měl(a) vypít za jeden den (24 hodin)?

- a) ano (napište množství v litrech - např. 1,5l)
- b) ne

5. Myslíte si, že dodržujete správný pitný režim?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

6. Musíte se k pití přemáhat?

- a) ano
- b) ne

7. Jaké tekutiny pijete nejčastěji? (může být více odpovědí)

- a) voda
- b) čaj (černý, ovocný...)
- c) minerální voda - neslazená
- d) minerální voda - slazená
- e) džus
- f) limonády
- g) mléčné nápoje
- h) káva
- i) alkohol
- jaký (např. 10° pivo)

.....
- množství (např. 150ml)

.....
j) jiné (vypište)

8. Domníváte se, že je zdravé pít minerální vodu po celý den (24h denně)?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

9. Myslíte si, že se káva započítává do pitného režimu?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

10. Myslíte si, že se mléko započítává do pitného režimu?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

11. Nabízí Vám někdo během dne tekutiny?

- a) ano
- b) ne

12. Pokud jste odpověděl(a) že ano, kdo tedy? (může být více odpovědí)

- a) lékař
- b) zdravotní sestra
- c) pečovatelka
- d) rehabilitační pracovník
- e) dietní sestra
- f) sanitářka
- g) příbuzní
- h) někdo jiný (vypište)

13. Pijete pravidelně během dne?

- a) ano, piji pravidelně v určitých intervalech bez pocitu žízně (například každé 2 hodiny)
- b) piji nepravidelně, bez pocitu žízně
- c) piji až při pocitu žízně

14. Máte po celých 24 hodin volný přístup k pití?

- a) ano, pít si mohu kdykoli sám nalít z konvice nebo lahve
- b) ano, pít mám v dosahu na stolku, personál mi tekutiny pravidelně dolévá
- c) pít na stolku mám, ale dlouho čekám, než mi personál tekutiny nalije
- d) pít na stolku mám, personál mi během dne tekutiny vůbec nenalije
- e) vůbec nemám možnost se napít

15. Informoval Vás někdo, jak je důležité dodržovat pitný režim, a o rizicích způsobených dehydratací (nedostatku tekutin v těle)?

- a) ano
- b) ne

16. Pokud jste odpověděl(a), že ano, kdo tedy? (může být více odpovědí)

- a) lékař
- b) zdravotní sestra
- c) pečovatelka
- d) rehabilitační pracovník
- e) dietní sestra
- f) sanitářka
- g) příbuzní
- h) někdo jiný (vypište)

17. Z následujících možností vyberte ty, které podle Vás patří mezi příznaky dehydratace (nedostatku tekutin v těle):

- a) sucho v ústech
- b) bolest žaludku
- c) únava
- d) moč světlé barvy
- e) hlad
- f) žízeň
- g) točení a bolest hlavy
- h) žluté zbarvení kůže
- i) poruchy vědomí
- j) popraskaný jazyk
- k) snížený kožní turgor (kůže se po zmáčknutí nepřírozeně pomalu vrací do původního stavu nebo zůstává stát)
- l) přibývání na váze
- m) zvýšené pocení
- n) měkké oční bulvy
- o) zmatenost
- p) suchá kůže

18. Užíváte léky napomáhající odvodnění, takzvaná diuretika?

(Furosemid, Furon, Furorese, Hydrochlorothiazid, Verospiron, Rhefluin, Moduretic, Indap...)

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

19. Léčíte se s nějakým onemocněním, které ovlivňuje Váš pitný režim?

(onemocnění srdce a cév, onemocnění zažívacího systému, onemocnění močových cest, cukrovka...)

- a) ano (vypište jaké)

.....

- b) nevím
- c) ne



PITNÝ REŽIM

Lidský organismus je tvořen ze 60% vodou.

Dle doporučení lékařů bychom měli za den vypít **2-3 litry** tekutin. Příjem tekutin je ovšem velmi individuální a odvíjí se od:

- **věku** (rozdíl mezi dítětem a dospělým)
- **pohlaví** (rozdíl mezi mužem a ženou)
- **tělesné hmotnosti** (rozdíl mezi štíhlým a obézním)
- **fyzické námaze** (rozdíl mezi prací v kanceláři a prací venku)
- **prostředí** (rozdíl mezi létem a zimou)
- **zdravotním stavem** (některá onemocnění nutí člověka pít méně - př. selhávání ledvin, dialýza)

Za běžných podmínek ztrácí naše tělo **1,8 - 2 litry** tekutin a to:

- **pocením**
- **močí**
- **dýcháním**

Důležité pravidlo: tekutiny, které ztratíme, bychom měli zase zpátky přijmout!

Jak zjistíte, kolik tekutin byste měli vypít zrovna Vy?

Existuje jednoduchá matematická rovnice: vaše váha dělena číslem 15, výsledek vynásobíme číslem 0,5 a to nám dá množství tekutin, které zrovna vaše tělo potřebuje.

Například **65kg : 15 = 4,33 * 0,5 = 2,2 litru.**



Vhodné tekutiny

- pitná voda z kohoutku
- kojenecké vody
- pramenité vody
- slabě mineralizované vody bez oxidu uhličitého (dospělý člověk max. 500ml z den)
- neslazené slabé čaje (černý, zelený)
- přírodní šťávy ředěné vodou (ovocné, zeleninové)

K získání tekutin jsou vhodné například rajčata, okurky, melouny, jahody nebo citrusy.

Nevhodné tekutiny

- limonády
- neředěné džusy
- káva
- mléko, kakao
- alkohol
- energetické nápoje





ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PITNÉHO REŽIMU

- pít průběžně během dne
- nepít jednorázově větší množství tekutin
- množství vypitých tekutin je individuální
- pro zdravou hydrataci je důležité nejen množství, ale i složení vody a také potravin
- ve stáří se snižuje pocit žízně
- mějte neustále na očích sklenici vody nebo lahev s vodou
- nečekejte na pocit žízně
- silný čaj, káva a mléko se do pitného režimu nezapočítávají
- dále se do pitného režimu nezapočítávají energetické a alkoholické nápoje, jejich konzumace ve větším množství může být navíc škodlivá
- není vhodné pít minerální vody po celý den
- kontrolujte složení minerálních vod (zeptajte se svého lékaře, které pro Vás jsou a které nejsou vhodné)
- perlivé vody mohou způsobit potíže s trávením
- limonády a slazené nápoje nezaženu pocit žízně a obsahují velké množství cukru
- nepijte přechlazené nápoje (pod 5°C), dochází k znečistlivění chuťových čidel a následně k překrvení sliznice hrtanu a máme tak znovu pocit žízně
- ideální teplota nápoje je 10°C
- balenou vodu nenechávejte stát na slunci, po otevření ji brzy spotřebujte (nejdéle do 3 dnů)
- ovoce a zelenina nám dodávají také určité množství tekutin
- v letních měsících je doporučováno zvýšit příjem tekutin (vhodná je pitná voda, nakyslé a nahořklé nápoje)



Zdroje:

Obrázky:

1. <http://www.brana-bydleni.cz/je-ionizovana-voda-klicem-ke-zdravi/>
2. <http://maggi.sk/Magazin/Svet-napoju/Mineralne-vody.aspx>
3. <http://www.icesty.cz/kava-ranni-droga/>
4. <http://www.nutrisport-magazin.cz/pitnem-rezim-nejen-v-lete/>
5. <http://dbuklid.cz/caj>
6. <http://www.ofisprofis.sk/mineralne-vody/23117-magnesia-mineralna-voda-1-5l-jemne-perliva.html>

Text:

1. FOŘT, Petr. *Co jíme a pijeme?*. Praha: Olympia, 2003. ISBN 80-7033-814-8.
2. KOŽÍŠEK, František. Státní zdravotní ústav. *Pitný režim* [online]. Praha: SZÚ, 12/2005 [cit. 2013-05-12]. Dostupné z www: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/pitny-rezim>
3. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0736-5.
4. MANDŽUKOVÁ, Jarmila. *Co pít, když...*. Benešov: START, 2006. ISBN 80-86231-37-2.
5. VALENTA, Vladimír. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Léto a pitný režim*. [online]. Praha: MZČR, 8/2011 [cit. 2013-06-10]. Dostupné z www: http://mzcr.cz/Verejne/obsah/leto-a-pitny-rezim_1987_5.html