

ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR
Študijski program tretje bolonjske stopnje
SOCIALNA GERONTOLOGIJA

DOKTORSKA DISERTACIJA

Amadeus Lešnik

ALMA MATER EUROPAEA
Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija
študijskega programa tretje bolonjske stopnje
SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**OCENA TEKOČINSKEGA RAVNOVESJA
STAROSTNIKOV V INSTITUCIONALNEM
VARSTVU IN DOMAČEM OKOLJU**

Mentor: Izr. prof. dr. Sebastjan Bevc
Somentorica: Izr. prof. dr. Danica Železnik

Kandidat: Amadeus Lešnik

Maribor, maj 2016

Naj pesnik ali modrec rečeta karkoli o starosti, bo ta še vedno starost.

Henry Wadsworth Longfellow

In na koncu to niso leta v tvojem življenju, ki štejejo, temveč življenje v tvojih letih.

Abraham Lincoln

Zahvala

Iskreno se zahvaljujem vsem, ki ste kakorkoli sodelovali pri nastajanju disertacije, v kateri govorimo o naših dedkih in babicah, očetih in materah in tudi o nas. Danes v vlogi oskrbovalcev in jutri morda oskrbovancev.

Zahvaljujem se mentorju izr. prof. dr. Sebastjanu Bevcu in somentorici izr. prof. dr. Danici Železnik za strokovno in konstruktivno vodenje skozi delo.

Opravičujem se družini in prijateljem, ki sem se jim v času pisanja disertacije premalo posvečal.

OCENA TEKOČINSKEGA RAVNOVESJA STAROSTNIKOV V INSTITUCIONALNEM VARSTVU IN DOMAČEM OKOLJU

POVZETEK

V klinični praksi opažamo, da so mnogi starostniki, ki prihajajo na obravnavo v ambulanto za Internistično nujno pomoč Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, v stanju tekočinskega neravnovesja. Bistveno višja stopnja obolevnosti in umrljivosti dehidriranih starostnikov kaže na pomanjkljivo skrb za ustrezno tekočinsko ravnovesje. Namen doktorske disertacije je prikazati stanje tekočinskega ravnovesja pri starostnikih, starejših od 65 let, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva, in tistih, ki živijo v domačem okolju v Mariboru in okolici. V teoretičnem delu smo kot izhodiščno metodo uporabili deskriptivno, opisno metodo dela s pregledom relevantne literature in raziskav s področja tekočinskega neravnovesja pri starostnikih. V empiričnem delu pa smo opravili klinično raziskavo, v kateri smo ugotavljali vrednosti označevalcev dehidracije pri starostnikih, in opravili osebno anketiranje starostnikov. Uporabljena je bila kvantitativna prospektivna metoda raziskovanja, v kateri smo analizirali vrednosti laboratorijsko določenih serumskih označevalcev dehidracije in rezultate anketiranja starostnikov. Podatke, potrebne za raziskavo, smo pridobivali na tri načine; na podlagi podatkov, dostopnih v medicinsko informacijskem sistemu, iz laboratorijskih rezultatov in z anketiranjem. Raziskava je potrdila prisotnost dehidracije v raziskovani populaciji pri skupno 188 (45,9%) starostnikih. Primerjava med skupinama starostnikov, ki živijo v socialno varstvenih institucijah, in starostniki, ki živijo v domačem okolju, je pokazala, da je dehidracija (določena z osmolalnostjo) prisotna pri 51% preiskovancev, ki bivajo v socialno varstvenih institucijah, ter pri 41,3% preiskovancev, ki bivajo v domačem okolju. Analiza rezultatov, pridobljenih z anketiranjem, je izpostavila nekatere sociokulturne in institucijske dejavnike, ki vplivajo na tekočinsko neravnovesje pri starostnikih. Problematika nezadostnega vnosa tekočin pri starostnikih je občutljivo področje, kjer nastajajo nepotrebne, mnogokrat nepopravljive posledice na zdravju starostnikov, ob tem pa se izgubljajo velika finančna sredstva.

Ključne besede: starostnik, socialno okolje, institucionalno varstvo, družina, skrb, tekočinsko ravnovesje, dehidracija, elektrolitske motnje, voda.

ASSESSMENT OF FLUID BALANCE OF THE ELDERLY IN INSTITUTIONAL CARE AND HOME ENVIRONMENT

ABSTRACT

In the clinical practice we find many elderly, who come for treatment to the Department of Internal Intensive Medicine at University Medical Center, Maribor, Slovenia, are in a state of fluid imbalance. A significantly higher level of morbidity and mortality of dehydrated elderly mirrors insufficient care for accurate fluid balance. The aim of this doctoral dissertation is to study the fluid balance status in the elderly, aged over 65 years, who are in institutional care, and in those, who reside in their home environment in Maribor and the surroundings. As a basic method in the theoretical part, we used descriptive method of work with relevant literature and research overview in the field of fluid imbalance in elderly. In the empirical part, we conducted a clinical research, where we studied the values of dehydration indicators in the elderly and conducted personal interviews with the elderly. Quantitative prospective method of research was used for analyzing laboratory tested values of serum indices for dehydration and results from interviews with the elderly. We obtained the data used in the research in three ways: based on the database, accessible in the medical information system, from laboratory results, and with interviewing. The study confirmed the occurrence of dehydration in the studied population in 188 (45.9%) elders. The comparison between the groups of elderly, who live in social security institutions and elderly, who live in home environment, shows dehydration (determined by osmolality) is present in 51% of the participants, who live in social security institutions, and in 41.3% of participants, who live in their home environments. The analysis of the results, obtained with interviewing, exposed some sociocultural and institutional factors, which influence fluid imbalance in the elderly. The issue of inadequate fluid intake in the elderly is a sensitive field, where unneeded and often irreversible consequences in health of the elderly occur, and at the same time large financial means are wasted.

Key words: elderly, social environment, institutional care, family, care, fluid balance, dehydration, electrolyte disorders, water.

KAZALO

1	UVOD	1
2	STARANJE IN STAROST	13
2.1	POPULACIJSKO STARANJE	15
2.2	POLOŽAJ STAROSTNIKOV V DRUŽBI	16
2.3	SOCIALNA OMREŽJA STAROSTNIKOV	18
2.4	OSKRBA STAROSTNIKOV V DOMAČEM OKOLJU	20
2.5	OSKRBA STAROSTNIKOV V INSTITUCIONALNEM VARSTVU	22
3	HIGIENA UŽIVANJA TEKOČIN V STAROSTI	23
3.1	FIZIOLOŠKE IN BIOLOŠKE OSNOVE, KI VPLIVAJO NA STAROSTNIKOVO HIGIENO UŽIVANJA TEKOČIN	23
3.1.1	<i>Žeja</i>	24
3.1.2	<i>Prehranjevanje in pitje</i>	25
3.1.3	<i>Izločanje in odvajanje</i>	27
3.1.4	<i>Gibanje in ustrezna lega</i>	28
4	VZROKI ZA NEZADOSTEN VNOS TEKOČINE PRI STAROSTNIKU	29
4.1	KLINIČNI DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA STAROSTNIKOVO TEKOČINSKO RAVNOVESJE	30
4.1.1	<i>Demenca</i>	30
4.1.2	<i>Motnje požiranja – disfagija</i>	32
4.1.3	<i>Zdravstveni razlogi za omejevanje tekočin pri starostniku</i>	33
4.1.3.1	<i>Srčno popuščanje</i>	33
4.1.3.2	<i>Ledvična odpoved</i>	34
4.2	INSTITUCIJSKI DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA STAROSTNIKOVO TEKOČINSKO RAVNOVESJE	35
4.2.1	<i>Finančna in kadrovska podhranjenost socialno varstvenih institucij</i> ...	36
4.2.2	<i>Strokovna usposobljenost oskrbovalcev</i>	39
4.3	SOCIALNOKULTURNI DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA STAROSTNIKOVO TEKOČINSKO RAVNOVESJE	40
4.3.1	<i>Socialna podpora s strani družine</i>	41
4.3.2	<i>Odnos in prepričanja oskrbovalcev</i>	41
4.3.3	<i>Osebnne potrebe in želje oskrbovancev</i>	42
5	TEKOČINSKO RAVNOVESJE STAROSTNIKOV	42
5.1	DEHIDRACIJA	44
5.2	MOTNJE ELEKTROLITSKEGA RAVNOVESJA.....	47
5.3	SKRB ZA TEKOČINSKO RAVNOVESJE STAROSTNIKOV	48
5.3.1	<i>Tekočinsko ravnovesje kot standard kakovostnega življenja</i>	49
5.3.2	<i>Ozaveščanje o pomenu vnosa zadostnih količin tekočine</i>	50
5.3.3	<i>Formalni nosilci ozaveščanja o pomenu higiene uživanja tekočin</i>	50
5.3.4	<i>Pravilno in pravočasno prepoznavanje tekočinskega neravnovesja</i> ...	51
5.3.5	<i>Ustrezno ukrepanje pri tekočinskem neravnovesju</i>	52
6	REZULTATI	54
6.1	REZULTATI KLINIČNE RAZISKAVE	54
6.2	REZULTATI ANKETIRANJA	62
6.2.1	<i>Rezultati odgovorov na anketna vprašanja in trditve od 1-18.</i>	64
6.2.2	<i>Rezultati odgovorov na anketna vprašanja in trditve od 19 do 28.</i>	74

6.2.3	<i>Rezultati anketiranja po posameznih »DSO«</i>	79
6.2.4	<i>Konstrukt 1: Poznavanje problematike zadostnega uživanja tekočin</i> .	82
6.2.4.1	Primerjava poznavanja problematike zadostnega uživanja tekočin glede na skupino	83
6.2.5	<i>Konstrukt 2: Zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje</i>	83
6.2.5.1	Primerjava zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje glede na skupino.	84
7	RAZPRAVA	88
7.1	RAZPRAVA GLEDE NA REZULTATE KLINIČNE RAZISKAVE	88
7.2	RAZPRAVA GLEDE NA REZULTATE ANKETIRANJA STAROSTNIKOV	91
7.2.1	<i>Razprava za vprašanja in trditve od 1 do 18</i>	92
7.2.2	<i>Razprava za vprašanja in trditve od 19 do 28</i>	100
8	STRATEGIJE ZA PREPREČEVANJE DEHIDRACIJE STAROSTNIKOV .	103
8.1	PRIPOMOČEK ZA MERJENJE ZAUŽITE TEKOČINE – HIDRACIJSKI KOMPAS	104
9	ZAKLJUČEK	105
10	LITERATURA IN VIRI	108
11	PRILOGE	119

KAZALO GRAFOV

Graf 1 in 2:	Primerjava vrednosti natrija med skupinama.	56
Graf 3 in 4:	Primerjava vrednosti sečnine med skupinama	57
Graf 5 in 6:	Primerjava vrednosti kreatinina med skupinama.	58
Graf 7 in 8:	Primerjava razmerja sečnina-kreatinin med skupinama.	59
Graf 9 in 10:	Primerjava osmolalnosti med skupinama.	61
Graf 11 in 12:	Porazdelitev povprečne starosti glede na mesto bivanja.	62
Graf 13:	Poznavanje problematike.	82
Graf 14 in 15:	Poznavanje problematike glede na mesto bivanja.....	83
Graf 16:	Nezadovoljstvo/nelagodje.....	84
Graf 17 in 18:	Zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje glede na skupino »DSO« in »DOMA«.....	85

KAZALO SLIK

Slika 1:	Model dokazovanja hipotez	7
Slika 2:	Povezava med oceno zadovoljstva in seštevkem odgovorov na vprašanja številka 6,7,8,9,14,15,18.	86
Slika 3:	Povezava med oceno zadovoljstva in seštevkem odgovorov na vprašanja številka 6,7,8,9,14,15,18 in 19-28.	87
Slika 4:	Hidracijski kompas.....	105

KAZALO TABEL

Tabela 1: Fiziološki dejavniki, ki povečujejo tveganje za dehidracijo.....	24
Tabela 2: Vprašalnik za ocenitev prehranskega statusa.....	26
Tabela 3: Funkcionalni dejavniki, ki povečujejo tveganje za dehidracijo pri starostnikih v institucionalnem varstvu.....	33
Tabela 4: Komorbiditetni dejavniki, ki povečujejo tveganje za dehidracijo pri starostnikih v institucionalnem varstvu.....	33
Tabela 5: Ustanove institucionalnega varstva v Mariboru in okolici.....	39
Tabela 6: Dnevno tekočinsko ravnovesje.....	43
Tabela 7: Dehidracija glede na količino izgubljene tekočine.....	45
Tabela 8: Znaki/simptomi primanjkljaja tekočine in elektrolitov.....	45
Tabela 9: Stanja, ki so povezana z nezadostnim zaužitjem tekočine.....	46
Tabela 10: Klinični parametri, ki kažejo na pomanjkljivo hidracijo.....	47
Tabela 11: Dehidracija glede na ravnovesje izgubljene tekočine in elektrolitov. ..	48
Tabela 12: Cilji za doseganje zadovoljive hidracije.....	49
Tabela 13: Seznam podatkov za oceno tveganja za dehidracijo.....	50
Tabela 14: Znaki dehidracije.....	51
Tabela 15: Starostniki, zajeti v klinični raziskavi.....	54
Tabela 16: Spol preiskovancev glede na mesto bivanja.....	55
Tabela 17: Starostna struktura preiskovancev.....	55
Tabela 18: Natrij v serumu preiskovancev.....	55
Tabela 19: Natrij v serumu glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti.....	56
Tabela 20: Sečnina v serumu preiskovancev.....	57
Tabela 21: Sečnina v serumu glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti.....	58
Tabela 22: Kreatinin v serumu preiskovancev.....	58
Tabela 23: Razmerje sečnina : kreatinin v serumu preiskovancev.....	59
Tabela 24: Osmolalnost seruma glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti.....	60
Tabela 25: Osmolalnost seruma glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti glede na mesto bivanja.....	60
Tabela 26: Osmolalnost seruma v obeh skupinah preiskovancev.....	61
Tabela 27: Spol anketirancev glede na mesto bivanja.....	62
Tabela 28: Starostna struktura anketirancev glede na mesto bivanja.....	63
Tabela 29: Izobrazba anketirancev glede na mesto bivanja.....	63
Tabela 30: Samostojnost anketirancev glede na mesto bivanja.....	64
Tabela 31: Količina popite tekočine anketirancev glede na mesto bivanja.....	64
Tabela 32: Zavedanje problema dehidracije pri starostnikih.....	65
Tabela 33: Pomen uživanja tekočine za zdravje.....	65
Tabela 34: Poučenost o pomenu uživanja tekočin.....	66
Tabela 35: Potreba po javni propagandi o pomenu uživanja tekočin.....	66
Tabela 36: Pogostost občutka žeje.....	67
Tabela 37: Dostopnost tekočine.....	67
Tabela 38: Možnost izbire tekočin.....	68
Tabela 39: Ponujena tekočina ob obroku.....	68
Tabela 40: Ponujeno sadje med obroki.....	69
Tabela 41: Pomoč na razpolago v primeru potrebe.....	69
Tabela 42: Občutek zapostavljenosti v starosti.....	70
Tabela 43: Neprijetni občutki ob prošnji za pomoč.....	70
Tabela 44: Opora družine.....	71
Tabela 45: Bolečine pri gibanju.....	71

Tabela 46: Tehtanje.	72
Tabela 47: Pozitivna ocena zadovoljstva s kakovostjo življenja.	72
Tabela 48: Pozornost, posvečena željam in potrebam starostnika.....	73
Tabela 49: Izogibanje pitju tekočin.	73
Tabela 50: Pomoč pri hranjenju in pitju.	74
Tabela 51: Namestitev starostnika v udoben položaj ob izvajanju aktivnosti hranjenja in pitja.	75
Tabela 52: Zaužita ponujena hrana in tekočina.....	75
Tabela 53: Spremljanje vnosa in izločanja tekočin.	76
Tabela 54: Dostopnost do tekočine.	76
Tabela 55: Temperatura ponujene tekočine.....	77
Tabela 56: Spodbujanje k pitju tekočin.	77
Tabela 57: Pogosto zatikanje hrane in tekočine.....	78
Tabela 58: Skrb za intimno nego.....	78
Tabela 59: Ponujena tekočina ob zaužitju zdravil.....	79
Tabela 60: Število anketiranih po posameznih »DSO«.	79
Tabela 61: Odstotek anketiranih glede na število stanovalcev po posameznih »DSO«.	80
Tabela 62: Povzetki rezultatov po posameznih »DSO«.	81

1 UVOD

Družbeno okolje je lahko navzven polno leporečja, napiše in sprejme lahko za uho prijetne resolucije, deklaracije, načrte ter strategije. Potem pa družbenemu telesu nekaj zmanjka; kot da ima ohromele noge, ki ne zmorejo koraka h konkretnemu človeku, nemočne roke, ki se starostnika ne dotaknejo, pogled, ki vidi statistično množico, ne prepozna pa konkretnega obraza. Optika skozi katero gleda na starejše, ni prežeta z vsebinami kakovostnega življenja, dobro starejšega je pogosto zamegljeno.

Franc Imperl

Podobo sodobne družbe označujejo tri generacije: mladi, srednja generacija in starostniki. Vsem pa je skupni imenovalec človek s svojimi specifičnostmi, ki jih lahko ločimo glede na starost, socialni status, družbeno sprejetost, pravice, dostojanstvo, želje in potrebe, hrepenenja, pričakovanja in upe. Vsaka od treh generacij ima pravico po udeležanju humanosti ter človečnosti (Imperl, 2012, 15-16). V okvirje humanosti in človečnosti spada dolžnost in moralna obveza, da poskrbimo za vse številčnejšo generacijo starostnikov.

Vzdušje, ki ga je pogosto čutiti v današnjem času, je do starosti prezirljivo. Starostnike se potiska na rob družbe in marginalizira, zaradi česar mnogi starosti ne doživljajo kot enakovredno obdobje drugim obdobjem življenja. V teh okvirjih so naše naloge ohraniti in izboljševati kar imamo dobrega in ustvarjalno poskrbeti za kakovost življenja ter medčloveškega sožitja v starosti (Ramovš, 2003, 25). Naša osebna naravnost in naravnost družbenega okolja mora biti usmerjena v zdravo in kakovostno staranje, katerega pomemben vidik je, v času odvisnosti od pomoči druge osebe, oskrba, ki upošteva želje starostnika glede oskrbovanja.

»Staranje je kompleksen proces kritičnega soočanja s preteklostjo, sedanostjo in prihodnostjo, ki neločljivo vključuje pozitivne funkcije boja in dosežka« (Šadl, 2007, 18). Vrednote, skrbi za druge, ki odražajo naš odnos do drugih ter vodijo naše vsakodnevne odločitve, so v dobi vse bolj starajoče družbe pred velikimi izzivi in preizkušnjami. Ramovš (2003, 382) ugotavlja, da zdravstvo, socialno varstvo in druge stroke, ki delajo za ljudi in z ljudmi, obravnavajo ljudi zgolj s svojega ozkega zornega kota, brez povezave s celoto človekovega življenja in doživljanja.

Širši in bolj povezovalni pristop k obravnavi starostnika v našem okolju lahko pričakujemo šele, ko bodo na trg dela vstopili doktorandi študijskega programa Socialna gerontologija¹, ki si pridobivajo kompetence in znanja o povezovanju interdisciplinarnih strokovnih področij ter sposobnost prepoznavanja gerontološke problematike v družbenem in kulturnem okolju. S tem prihajajo izzivi priznavanja discipline tudi v naše okolje. Čeprav se je socialna gerontologija v preteklosti osredotočala zgolj na proučevanje socialne, gospodarske in demografske značilnosti starostnikov in staranja prebivalstva, pa je v zadnjih letih razširila

¹ Socialna gerontologija je fenomenološko spoznavanje zakonitosti staranja in sožitja generacij v okviru sistemske celote vsakdanjega življenja ljudi (Ramovš, 2003, 39).

proučevanje tudi na tehnologijo, zdravje, in celoten življenjski slog (Phillips in drugi, 2010, 1). Tako se uresničuje napoved, da bo gerontologija socialno medicinska znanost enaindvajsetega stoletja (Accetto, 1987, 5).²

Populacija starostnikov, ki je vse številčnejša, postaja vse bolj ranljiva, kakovost njihovega življenja je pogosto slaba, njihovo trpljenje ni ublaženo, njihovo dostojanstvo ni spoštovano, njihove osnovne potrebe in pravice pa so pogosto spregledane in neizpolnjene (Pahor in drugi, 2009, 234). Med drugimi je velikokrat spregledana in neizpolnjena njihova najosnovnejša fiziološka potreba po uravnoteženem vnosu tekočin, kateri pogosto sledi dehidracija kot najpogostejša motnja tekočinskega ravnovesja pri starostnikih (Morgan in drugi, 2003, 304).

Do dehidracije pride zaradi premajhnega vnosa tekočine, prevelike izgube tekočine ali obojega (Mentes, 2006a, 40). Neustrezna hidracija se lahko kaže z različnimi kliničnimi znaki (zaprtje, krči, delirij) ali bolezenskimi stanji (padci, okužbe sečil in dihal, odpoved ledvic, možganska kap, srčni infarkt, daljši čas celjenja ran ali razjed, motnje v ravnovesju elektrolitov in hipertermija) (Mentes, 2006a, 41). Dehidracija ne povzroča le fizične stiske prizadetega posameznika, temveč tudi velike stroške v zdravstvenem sistemu (Benet, 2000, 84). Skrb za zadostno hidracijo starostnikov negovalci mnogokrat izražajo, vendar pa je v praksi pogosto pozabljena. Mnogi starostniki so pogosto izpostavljeni tveganju za dehidracijo, ki ni zgolj posledica procesa staranja (Morgan in drugi, 2003, 301).

Proučevanja tekočinskega ravnovesja pri starostnikih v ustanovah institucionalnega varstva, o katerih poročajo Bennett in drugi (2004, 2), so pokazala, da več kot 60% starostnikov nima zadostnega tekočinskega vnosa in da je smrtnost starostnikov, ki so hospitalizirani zaradi dehidracije, veliko večja kot pri starostnikih, ki imajo zadovoljivo tekočinsko ravnovesje. Bistveno višja stopnja obolevnosti in umrljivosti dehidriranih starostnikov poudarja pomanjkljivost skrbi za ustrezno tekočinsko ravnovesje starostnikov (Allison in drugi, 2005, 20). Mentes (2006b, 13) ugotavlja, da je neustrezna hidracija starostnikov v ustanovah institucionalnega varstva eden najbolj perečih in dolgotrajnih problemov. Mnogi starostniki, ki živijo v institucionalnem varstvu, so pogosto hospitalizirani zaradi dehidracije (Palmisano-Mills, 2007, 48); (Voyer in drugi, 2007, 819). Podobno ugotavlja tudi Faes (2007, 590), ki pravi, da je dehidracija celo ena izmed najpogostejših indikacij za premestitev starostnikov iz ustanov institucionalnega varstva v bolnišnico ali pa so hospitalizirani zaradi bolezni, ki jih sproži slaba hidracija. Pri starostnikih z veliko zdravstvenimi težavami (polimorbidnost) lahko dehidracija sproži nujno hospitalizacijo in je povezana s povečano umrljivostjo (Mentes, 2006a, 41). Ob neustreznem zdravljenju, glede na pridružene bolezni, lahko stopnja umrljivosti doseže do 50% (Molaschi in drugi, 1997, 156). Na podlagi podatkov iz Medicare analize, je ugotovljeno, da je 18% starostnikov, starejših od 65 let, ki so bili hospitalizirani z diagnozo dehidracije, umrlo znotraj tridesetih dni hospitalizacije, dodatnih 30,6% pa jih je umrlo v enem letu (Benet, 2000, 85). Po navedbah Martina (2011)³ mnogi starostniki trpijo in umirajo zaradi dehidracije.

² Bojan Accetto, utemeljitelj gerontologije na Slovenskem, je prejemnik zlatega reda za življenjsko delo na področjih slovenske gerontologije, medicinske geriatrije in interdisciplinarne socialne gerontologije (Zupanič Slavec, 2013).

³ Martin (2011) navaja, da je med letoma 2005 in 2009 v domovih za starostnike v Angliji in Walesu zaradi dehidracije umrlo 667 starostnikov.

Problem je še posebej pereč pri starostnikih, ki zaradi nepomičnosti izgubijo sposobnost za samopomoč in nimajo stalnega dostopa do tekočine, njihov bistveni del socialne mreže pa je pogosto zožen le na ponudnike pomoči. Spremembe v mobilnosti starostnika sovpadajo z zmanjšanim dostopom do tekočine, zato so nepomični starostniki ogroženi za tekočinsko neravnovesje in dehidracijo. Odvisnost starostnika z motnjo v pomičnosti od druge osebe je lahko ključni dejavnik pri presoji zadostnega uživanja tekočine (Ferri, 2005, 23). Abdallah in drugi (2009, 52) vzroke za nezadosten vnos tekočine pripisujejo kliničnim, institucijskim in sociokulturnim dejavnikom.

V raziskavi, ki so jo na Tajvanu opravili Wu in drugi (2010, 587), kot vzrok za pogosto tekočinsko neravnovesje pri starostnikih v institucionalnem varstvu navajajo minimalno število zaposlenih, pomanjkljivo izobrazbo, slab nadzor in tudi nepoznavanje jezika zaradi velikega števila tujcev v njihovih zavodih. Nasprotno pa Feinsod in drugi (2004, 38) menijo, da zapoznena diagnoza dehidracije kot posledice tekočinskega neravnovesja ne odraža zgolj slabega delovanja osebja, temveč je lahko posledica nejasnih kliničnih slik, ki pri slabotnih starostnikih niso redke in se mnogokrat prekrivajo z drugimi bolezenskimi stanji. Večini omenjenih raziskovalcev je skupno mnenje, da mora biti skrb za preprečevanje dehidracije interdisciplinarno in da se morajo vsi, ki kakorkoli sodelujejo pri obravnavi in oskrbi starostnikov, ves čas zavedati dejavnikov tveganja za nastop tekočinskega neravnovesja. Ne glede na različne vzroke za pogosto tekočinsko neravnovesje pri starostnikih je dolžnost ostalih generacij, ki za starostnike skrbijo, da jim zagotavljajo dovolj tekočine.

V doktorski disertaciji bomo predstavili raziskavo, s katero smo ugotavljali stanje hidracije starostnikov, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva in stanje primerjali z starostniki, ki živijo v domačem okolju. Tema je relevantna, saj se ukvarja s pomembnim delom v današnjem času zapostavljene populacije, ki postaja vse bolj ranljiva, kakovost njihovega življenja pa je pogosto slaba (Pahor in drugi, 2009, 234).

Kakovost življenja je termin, ki ga je zelo težko definirati. Globalne definicije zajemajo vse vidike človekovega življenja, vključno z materialnimi, fizičnimi, socialnimi, čustvenimi, psihološkimi in duhovnimi. V teoretičnih izhodiščih smo se oprli na koncept Evansa (2009, 228), ki pravi, da je kakovost življenja v starosti sposobnost odzivanja in sprejemanja spreminjajočega zdravja in potreb socialne oskrbe, in zaključuje, da se večina meritev kakovosti življenja osredotoča na kakovost v povezavi z zdravjem. Podobno koncept kakovosti življenja opredeljujeta tudi Bond in Corner (2006, 154), ki trdita, da je za razumevanje kakovosti življenja pomembno razlikovati med objektivnimi in subjektivnimi meritvami zdravstvenega statusa, življenjskega standarda in kakovosti socialnih stikov, pri katerih je pomembno, kako starostniki vidijo same sebe, kako gradijo svojo kakovost življenja in vzdržujejo učinkovitost delovanja telesa, ki je v veliki meri odvisno od ravnovesja tekočin v telesu.

V teoretičnem delu disertacije bomo kot izhodiščno metodo uporabili deskriptivno, opisno metodo dela s pregledom relevantne literature in raziskav s področja tekočinskega neravnovesja pri starostnikih. V literaturi najdemo številna dela avtorjev (Chidester in Spangler, 1997; Kayser-Jones in drugi, 1999; Feinsod in

drugi, 2004; Morgan in drugi, 2003; Bennett in drugi, 2004; Allison in drugi, 2005; Ferry, 2005; Montes, 2006a; Chassagne in drugi, 2006; Wilson, 2006; Leibovitz in drugi 2007; Voyer in drugi, 2007; Wotton in drugi, 2008; Abdallah in drugi, 2009; Wu in drugi, 2010; Jéquier in Constant, 2010; Cheuvront in drugi, 2013), ki se ukvarjajo s starostniki in njihovo higieno uživanja tekočin. Raziskave so usmerjene v raziskovanje vzrokov, ki pripeljejo do kliničnega stanja tekočinskega neravnovesja in posledic, ki temu sledijo, tako za starostnike kot zdravstvene delavce, zdravstvene ustanove ter ustanove institucionalnega varstva in ne nazadnje tudi za zdravstveno blagajno.

Problematika nezadostnega vnosa tekočin pri starostnikih se kaže kot občutljivo področje, kjer nastajajo nepotrebne, mnogokrat nepopravljive posledice na zdravju starostnikov, ob tem pa se izgubljajo tudi velika finančna sredstva. Wu in drugi (2010, 588) opozarjajo, da morajo medicinske sestre in drugi izvajalci nege in oskrbe starostnikov prevzeti odgovornost za ocenjevanje, spremljanje in vzdrževanje primerne vnosa tekočin pri starostnikih s ciljem zmanjševanja pojavnosti zdravstvenih težav, povzročenih z dehidracijo.

Empirični del disertacije bomo razdelili na dva dela. V prvem, kliničnem delu, bomo analizirali vrednosti laboratorijsko določenih serumskih označevalcev, s katerimi, kot navaja Kocjančič (2000, 21), lahko z veliko zanesljivostjo potrdimo dehidracijo. Ker je skrb za starostnikov zadosten tekočinski vnos eden izmed najosnovnejših standardov varne in kakovostne oskrbe v starosti, bomo v drugem delu raziskave opravili še anketiranje starostnikov in analizirali povezave med starostnikovimi življenjskimi razmerami in potrebami po pomoči pri vzdrževanju tekočinskega ravnovesja. Poseben poudarek bomo namenili institucijskim ter sociokulturnim dejavnikom, ki vplivajo na nezadosten vnos tekočine in s tem povezano tveganje za dehidracijo starostnikov.

OPREDELITEV PROBLEMA IN TEORETIČNIH IZHODIŠČ

Zdravstveni delavci se pri obravnavi starostnikov pogosto srečujejo z dehidracijo ali izsušitvijo, kot najpogostejšo motnjo tekočinskega ravnovesja pri starostnikih. Neustrezna hidracija se lahko kaže z različnimi kliničnimi znaki ali bolezenskimi stanji. Zagotavljanje zadostne količine tekočine starostnikom mora biti vsem, ki zanje skrbijo na formalen ali neformalen način, dolžnost in moralna obveza, saj »družba, ki ne ustvarja globoke potrebe pri ljudeh, da skrbijo eden za drugega, ne more dolgo opravičevati svojega obstoja« (Sennett, 1998, 148).

Čeprav je dehidracija znan, splošen in dolgotrajen problem pri starostnikih, metode zgodnjega prepoznavanja dehidracije ostajajo pomanjkljive in nezanesljive. V praksi je bilo uporabljenih in se še uporabljajo različne metode za ocenitev tekočinskega ravnovesja, z različnimi stopnjami uspeha in zanesljivosti, vendar zlatega standarda za ocenitev ravnovesja telesne tekočine še ni (Alison in drugi, 2005, 20). Prav tako ni enotnih priporočenih ukrepov za doseganje uravnoteženega tekočinskega vnosa pri starostnikih (Vivanti, 2012, 1282). Chassagne in drugi (2006, 1225) opozarjajo, da je potrebno nameniti posebno pozornost prepoznavi starostnikov z dejavniki tveganja za nezadosten vnos tekočin in predlogom učinkovitega ukrepanja za doseganje ustreznega vnosa

tekočin pri tej populaciji. Prav tako so potrebna natančna navodila za lažje prepoznavanje zgodnjih simptomov tekočinskega neravnovesja, ki so pri starostnikih velikokrat nejasni ali prekrivajoči se s simptomi drugih bolezenskih stanj. Ob pregledu obsežne relevantne strokovne literature nismo zasledili standardiziranega postopka, ki bi pristope k problematiki preprečevanja in prepoznavanja zgodnjih znakov dehidracije starostnika poenotil. Tako so ukrepi za prepoznavanje in preprečevanje dehidracije mnogokrat prepuščeni posameznim institucijam, ponekod pa zgolj presoji in strokovni usposobljenosti izvajalca oskrbe starostnika.

V Sloveniji še ni bila opravljena raziskava, ki bi se ukvarjala izključno s higieno uživanja tekočin starostnikov ter sociokulturnimi vzroki za tekočinsko neravnovesje pri starostnikih. Zanesljivih podatkov o stanju hidracije starostnikov v našem okolju nimamo. Mnoga subjektivna opažanja v klinični praksi potrjujejo številne zdravstvene težave starostnikov, ki jih lahko povzroči tekočinsko neravnovesje. V Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Maribor so pri mnogih starostnikih, ki so jih obravnavali v ambulanti za Internistično nujno pomoč (INP), opazili, da je bila osnovni boleznj obravnavanih starostnikov pridružena še dehidracija ali pa je bila primarni razlog obravnave. Omenjena opažanja in zaznave je potrdila pilotska retrospektivna raziskava »Ugotavljanje dehidracije pri starostnikih, ki so bili obravnavani na nujni medicinski pomoči«, ki je bila v UKC Maribor izvedena v obdobju od 1. 11. 2013 do 24. 1. 2014 (Lešnik in Bevc, 2015, 144-148). Raziskava je pokazala, da je imelo 73,8% obravnavanih starostnikov povišane posamezne vrednosti serumskih označevalcev dehidracije »Natrij v serumu nad 145 mmol/L, sečnina nad 20 mg/ml oziroma razmerje sečnina/kreatinin nad 20 : 1« (Wilson, 2006, 324; Faes in drugi, 2007, 593). Ugotovili so tudi, da povišane posamezne vrednosti uporabljenih označevalcev dehidracije ne dajo zanesljivega odgovora o stanju hidracije starostnikov, saj na izbrane označevalce lahko razen dehidracije vplivajo tudi sistemske bolezni in bolezni centralnega živčnega sistema, ki so pri starostnikih pogoste (A review of dehydration geriatric patients health, 2013). Avtorji raziskave so predlagali, da se v nadaljnjih raziskavah uporabijo natančnejši označevalci dehidracije. To smo storili v raziskavi, ki smo jo v sklopu doktorske disertacije opravili poleti in jeseni 2014.

NAMEN IN CILJI DOKTORSKE DISERTACIJE

Namen doktorske disertacije je predstaviti stanje tekočinskega ravnovesja pri starostnikih, starih 65 let in več, ki bivajo v ustanovah institucionalnega varstva v Mariboru in okolici in ugotovitve primerjati s stanji tekočinskega ravnovesja starostnikov, ki bivajo v domačem okolju. Izpostavili bomo institucijske in sociokulturne dejavnike, ki vplivajo na tekočinsko (ne)ravnovesje starostnikov v preučevanem okolju ter oblikovali pripomoček za spodbujanje in merjenje zaužite tekočine pri starostnikih. Cilji doktorske disertacije so:

- Opredelitev problema tekočinskega neravnovesja pri starostnikih.
- Opozoriti na biološke osnove in sociološke spremembe, ki so povezane s starostjo in predstavljajo tveganje za tekočinsko neravnovesje.

- Predstaviti sociokulturne in institucijske dejavnike, ki vplivajo na pogost, nezadosten tekočinski vnos pri starostnikih.
- Utemeljiti potrebo po preventivnih strategijah za preprečevanje in prepoznavanje tekočinskega neravnovesja pri starostnikih.

RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

Na podlagi teoretičnih izhodišč smo si zastavili štiri raziskovalna vprašanja (RV) in postavili štiri hipoteze (H), ki jih bomo preverjali s pomočjo kvantitativne raziskave v empiričnem delu disertacije.

Raziskovalna vprašanja:

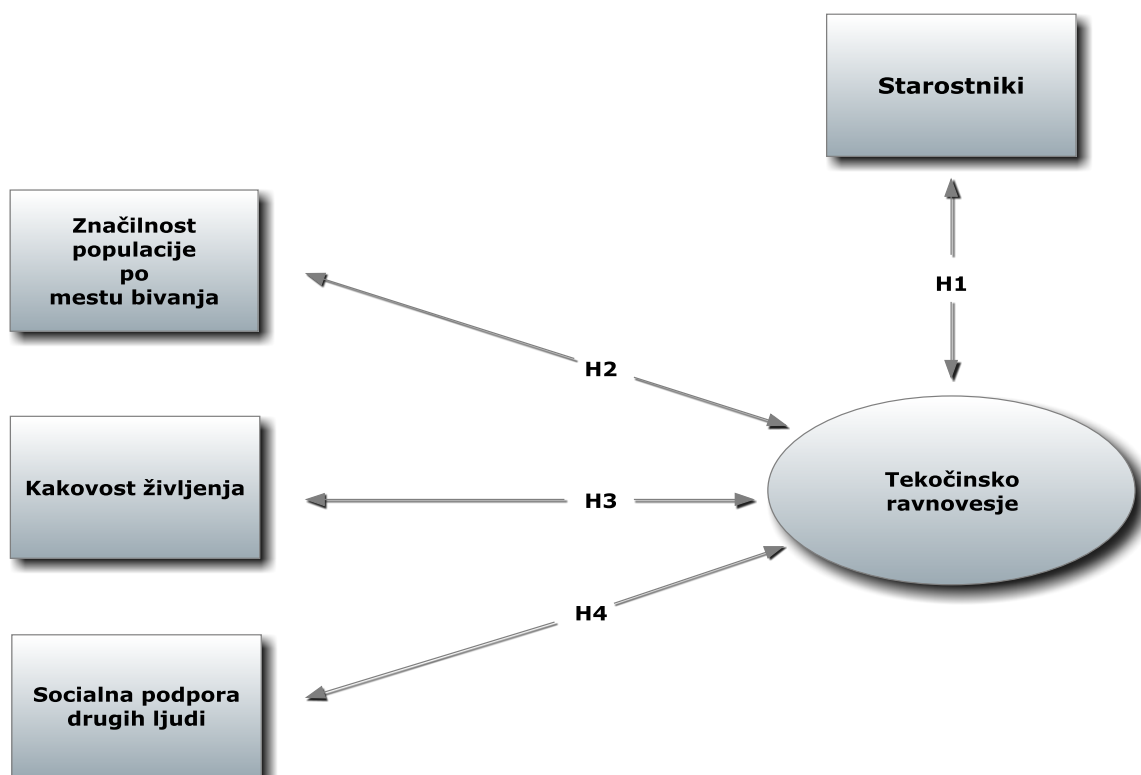
- RV 1: Kakšno je tekočinsko ravnovesje pri starostnikih, vključenih v našo raziskavo?
- RV 2: Kakšna je razlika v tekočinskem ravnovesju med starostniki, ki živijo v institucionalnem varstvu, in starostniki, ki živijo v domačem okolju?
- RV 3: Kako starostniki ocenjujejo lastno tekočinsko ravnovesje?
- RV 4: Kateri institucijski in sociokulturni dejavniki vplivajo na tekočinsko neravnovesje pri starostnikih?

Hipoteze:

- H 1: Pri starostnikih, vključenih v raziskavo, obstaja pojavnost tekočinskega neravnovesja.
- H 2: Stanje tekočinskega ravnovesja pri starostnikih, ki živijo v institucionalnem varstvu, je slabše od stanja starostnikov, ki živijo v domačem okolju.
- H 3: Starostniki zadostno uživanje tekočin prepoznavajo kot dejavnik zdravega in kakovostnega življenja.
- H 4: Potrjena bo pomanjkljiva skrb za tekočinsko ravnovesje starostnikov.

Na osnovi hipotez, ki smo jih razvili iz teoretičnega konstrukta smo oblikovali empirični model raziskave, ki je ob uporabi ustreznih metod raziskovanja s področja opisne in referenčne statistike izhodišče za dokazovanje hipotez (Slika1).

Slika 1: Model dokazovanja hipotez



Vir: Lasten na podlagi teoretičnih izhodišč.

Model prikazuje načrt dokazovanja hipotez in potrjevanja posameznih razmerij med spremenljivkami, ki predstavljajo pomembne dejavnike vpliva na tekočinsko ravnovesje starostnikov.

METODE RAZISKOVANJA ZA DOSEGANJE CILJEV DOKTORSKE DISERTACIJE

Uporabljena je bila kvantitativna prospektivna metoda raziskovanja. V raziskavi smo določali in analizirali laboratorijske vrednosti označevalcev dehidracije pri starostnikih in opravili raziskovalno anketiranje starostnikov, ki bivajo v ustanovah institucionalnega varstva in domačem okolju.

Opis instrumentarija

V raziskavi smo uporabili tri merske instrumente: medicinsko informacijski sistem (MEDIS), laboratorijski analizator Osmomat (Cryoscopic osmometer 030-RS-M Gonotec) za merjenje osmolalnosti seruma in strukturiran anketni vprašalnik zaprtega tipa. Anketni vprašalnik je bil razvit za potrebe raziskave in oblikovan na podlagi pregleda literature, ki opisuje in razpravlja o gerontoloških temah (Diener in drugi 1985; Kayser-Jones in drugi, 1999; Zembrzuski, 2003; Ramovš, 2003; Mentis, 2006; Wilson, 2006; Kobentar, 2008; Abdallah in drugi 2009; Wu in drugi, 2010; Jéquier in Constant, 2010; Vivanti, 2012; Cheuvront in drugi, 2013; Železnik, 2014; Goriup, 2015).

Vprašalnik je razdeljen na tri sklope vprašanj. V prvem sklopu je šest vprašanj z neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami: spol, starost, izobrazba in kraj bivanja ter sposobnost samostojnega opravljanja osnovnih življenjskih aktivnosti: gibanje, prehranjevanje, pitje, in vprašanje o količini tekočine, ki jo anketiranci dnevno zaužijejo. Na vprašanja iz prvega sklopa, ki niso oštevilčena, je odgovarjalo vseh 406 anketiranih starostnikov.

V drugem in tretjem sklopu je skupno osemindvajset vprašanj, s petimi trditvami po merski lestvici Likertovega tipa⁴, o katerih so se anketiranci opredelili, do kakšne mere se z njimi strinjajo ali ne strinjajo (od popolnoma se strinjam do sploh se ne strinjam ter od nikoli do zelo pogosto). Izjema je osemnajsto vprašanje, pri katerem je, v kolikor je bil odgovor pozitiven, podana še možnost za pisno pojasnilo o vzroku za pozitiven odgovor. Starostniki, ki so se lahko hranili, pili in gibali brez pomoči, so odgovarjali na vseh šest vprašanj prvega in vseh osemnajst vprašanj drugega sklopa. Starostniki, ki so pri hranjenju, pitju in gibanju potrebovali pomoč druge osebe, pa so odgovarjali na vsa vprašanja vseh treh sklopov.

V drugem sklopu so bila posamezna vprašanja oblikovana z namenom merjenja določenega konstrukta. Tako sodijo vprašanja od 1 do 4 o poznavanju problematike zadostnega uživanja tekočin med starostniki v konstrukt 1. Vprašanja od 10 do 13 in vprašanja 16 ter 17, ki obravnavajo oceno splošnega zadovoljstva/nezadovoljstva oziroma lagodja/nelagodja anketiranih starostnikov pri doživljanju lastnega življenja in socialne podpore družine, sorodnikov in prijateljev, pa sodijo v konstrukt 2. Vsa ostala vprašanja (razen vprašanja 5, s katerim ugotavljamo pogostost občutka žeje) pa so vprašanja, s katerimi smo skušali ugotoviti kakovost oskrbe starostnika s poudarkom na vidikih oskrbe, ki vplivajo na tekočinsko neravnovesje pri starostnikih.

Za ocenjevanje, ali izbrana vprašanja v konstrukt 1 in konstrukt 2 »merijo« isti konstrukt, smo uporabili oceno Cronbachova alfa⁵. Vrednost ocene Cronbachova alfa za konstrukt1, »Poznavanje problematike zadostnega uživanja tekočin med starostniki, (vprašanja 1 do 4)« = 0,677, kar lahko glede na grobo razvrstitev v 5 kategorij ($\alpha < 0,5$ – nesprejemljivo, $0,5 \leq \alpha < 0,6$ – slabo, $0,6 \leq \alpha < 0,7$ – sprejemljivo, $0,7 \leq \alpha < 0,9$ – dobro, $\alpha \geq 0,9$ – odlično) (Garson, 2008) ocenimo kot sprejemljivo in sklepamo, da interkorelacija med odgovori ni naključna. Upoštevati moramo tudi dejstvo, da je število vprašanj, vključenih v prvi konstrukt, majhno (4), kar vpliva na nižjo Cronbachova alfa oceno.

Pri drugem konstrukt »Splošno zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje pri doživljanju lastnega življenja, socialne podpore in odnosa z družino sorodniki in prijatelji« (vprašanja od 10 do 13 in 16 ter 17), smo pred izračunom koeficienta konsistentnosti morali obrniti vrstni red odgovorov na

⁴ Likertova lestvica je danes najpogosteje uporabljena merska lestvica v anketnih vprašalnikih družboslovnega raziskovanja. Likertovo lestvico (ang. *Likert scale*) je leta 1932 razvil ameriški psiholog Rensis Likert in s tem spremenil način raziskovanja posameznikovih stališč (Mesec, 1997, 12).

⁵ Koeficient Cronbach alfa določa notranjo skladnost vprašalnika in se uporablja kot indeks zanesljivosti merskega instrumenta v družboslovju (UCLA: Statistical Consulting Group, 2007).

vprašanji 11 in 12 (pri teh dveh vprašanjih odgovor z višjo vrednostjo na Likertovi lestvici odraža večje zadovoljstvo/lagodje, medtem ko pri ostalih vprašanjih tega sklopa velja obratno). Vrednost Cronbachova alfa = 0,68, kar lahko prav tako ocenimo kot sprejemljivo in sklepamo, da interkorelacija med odgovori ni naključna. V preostalih vprašanjih iz drugega in vseh vprašanj iz tretjega sklopa pa sprašujemo o ravnanju in obnašanju oskrbovalcev in ugotavljamo, kako starostniki subjektivno ocenjujejo kakovost oskrbe, ki jim je nudena. Vprašanja so raznolika in predstavljajo širšo paleto zanimanja ter ocenjujejo različne vidike oskrbe starostnika. Ker ne predstavljajo enotnega konstrukta, ocena notranje konsistentnosti ni smiselna.

Opis vzorca

Za raziskavo smo izbrali vzorčenje po presoji, ki raziskovalcu omogoča izbiro enote v vzorec. Za tovrstno vzorčenje je značilno, da so respondenti vključeni po presoji raziskovalca, torej na podlagi vključitvenih kriterijev, ki jih določi raziskovalec (Železnik, 2014, 62). Raziskovalni vzorec je zajemal dve skupini udeležencev: starostnike, ki živijo v institucionalnem varstvu in starostnike, ki živijo v domačem okolju. Vzorec za klinični del raziskave je zajemal populacijo 266 starostnikov, starih 65 let in več iz mariborskih in okoliških ustanov institucionalnega varstva in 266 starostnikov, starih 65 let in več iz domačega okolja, uporabnikov zdravstvenih storitev, napotenih v INP s strani izbranega lečečega ali dežurnega zdravnika. Vključevali smo izključno starostnike, ki so se po pojasnilu o poteku in namenu raziskave strinjali z vključitvijo v raziskavo in dovolili zbiranje njihovih osebnih in zdravstvenih podatkov v raziskovalne namene. Izključitvena kriterija naše raziskave sta bila podatka, da ima starostnik potrjeno srčno popuščanje in/ali kronično ledvično bolezen 4. ali 5. stopnje. Za oceno srčnega popuščanja smo uporabili klasifikacijo New York Heart Association (NYHA)⁶. Starostnikov, ki so bili uvrščeni v NYHA III ali IV razred (Claire in drugi, 2007, 476–482), v raziskavo nismo vključili. V razred NYHA III smo uvrstili tiste preiskovance, ki jim manj kot običajna telesna aktivnost izzove utrujenost, težko sapo (dispnejo) ali neprijeten občutek razbijanja srca (palpitacijo). V razred NYHA IV pa tiste, ki jim vsaka telesna aktivnost povzroča težave, utrujenost, dispnejo ali palpitacije. Te težave pa so lahko prisotne tudi že v mirovanju in se ob vsaki telesni aktivnosti stopnjujejo. Ledvično funkcijo smo ocenjevali na osnovi glomerulne filtracije (GF), ki nam pove, koliko krvi očistijo ledvice v določenem času. Izražamo jo z očistkom v mililitrih na minuto na standardizirano površino telesa ($\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$), normalna vrednost je $> 90 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. V raziskavo smo vključili le preiskovance z ocenjeno $\text{GF} > 30 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, in izključili tiste s 4. stopnjo kronične ledvične bolezni ($\text{GF} = 15\text{-}30 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$) in 5. stopnjo kronične ledvične bolezni ($\text{GF} < 15 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$). Za izračun ledvične funkcije smo uporabili formulo Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration⁷ (CKD-EPI) (Levey in drugi, 2009, 604-612).

⁶ Za oceno srčnega popuščanja se običajno v praksi uporablja lestvica NIHA, ki so jo sestavili zdravniki ameriškega kardiološkega združenja v New Yorku (New York Heart Association). Klasifikacija označuje stopnjo simptomov srčnega popuščanja pri običajni telesni aktivnosti pacienta (Claire in drugi, 2007, 476-482).

⁷ Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration CKD-EPI formula je bila razvita v prizadevanju za natančno oceno hitrosti glomerulne filtracije (GF) (Levey in drugi, 2009, 604-612).

Drugi del raziskave smo opravili z anketiranjem starostnikov, živečih v domačem okolju, in starostnikov iz institucionalnega varstva. Pri obeh skupinah je bil kriterij starost preiskovancev 65 in več let, zmožnost razločne komunikacije in odsotnost klinično opaznih mentalnih ali kognitivnih težav. Starostnike iz domačega okolja smo anketirali v INP, starostnike iz institucionalnega varstva pa v institucijah, kjer živijo. Starostniki iz prvega in drugega dela raziskave niso bili isti, saj večina starostnikov, obravnavanih v prvem delu raziskave, zaradi zdravstvenega stanja ni bila sposobna smiselno odgovarjati na vprašanja.

Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Podatke za raziskavo smo pridobivali na tri načine, in sicer na podlagi laboratorijskih rezultatov, podatkov, dostopnih na MEDIS in z anketiranjem. Za vsako navedeno aktivnost smo predhodno pridobili vsa soglasja s strani institucije UKC Maribor, Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko in soglasja preiskovancev oziroma njihovih zastopnikov. Obravnavanim starostnikom smo ob standardnih krvnih preiskavah (natrij, kalij, sečnina, kreatinin), ki jih v INP v UKC Maribor opravljamo pri obravnavi bolnikov, laboratorijsko določili še osmolalnost seruma⁸. Postopek odvzema in količina odvzetega vzorca se ob tem ni spremenila in ni predstavljala nobene dodatne obremenitve za preiskovance.

Klinična raziskava z določanjem serumske osmolalnosti je v UKC potekala od 24. junija 2014 do 24. decembra 2014. Ker velika večina obravnavanih starostnikov, ki smo jim določali osmolalnost v serumu, kljub osebni asistenci raziskovalca, ni bila sposobna odgovarjati na vprašalnik, smo za anketiranje izbrali drugo skupino starostnikov. Starostnike, napotene v INP s strani zdravnika, ki so ustrezali vzorcu ter bivajo v domačem okolju, smo anketirali v INP v UKC Maribor, od 24. junija 2014 do 24. decembra 2014. Zbiranje podatkov z anketiranjem starostnikov, ki bivajo v institucionalnem varstvu, pa smo opravili v institucijah, kjer so živeli v času od 1. februarja 2015 do 10. maja 2015. Ob tem smo za vsakega preiskovanca, vključenega v prvi del raziskave, zbirali na MEDIS-u dostopne podatke. S preiskovanci, ki so bili sposobni smiselno odgovarjati na vprašanja, smo opravili tudi anketo z vprašalnikom, ki smo ga razvili za potrebe raziskave. Ker zaradi zdravstvenega stanja ni bilo mogoče anketirati večine obravnavanih starostnikov v INP, kar smo predvideli že v dispoziciji, smo morali termin raziskave podaljšati in velik del ankete s starostniki, ki so bivali v institucionalnem varstvu, opraviti v ustanovah institucionalnega varstva. Prošnje za sodelovanje so bile poslane v devet ustanov institucionalnega varstva v Mariboru in okolici. Vse izbrane institucije so se pozitivno odzvale, dovolile anketiranje njihovih stanovalcev in pripravile sezname za anketiranje primernih starostnikov, ki so se strinjali s sodelovanjem v raziskavi. Na podlagi rezultatov laboratorijskih preiskav, podatkov zbranih v MEDIS-u, in odgovorov, ki so jih starostniki podali v anketi, smo beležili dejavnike, ki lahko vplivajo na tekočinsko neravnovesje pri starostnikih in napovedujejo povečano tveganje za dehidracijo.

⁸ Osmolarnost je količina osmotsko aktivnih delcev v 1l raztopine, osmolalnost pa količina osmotsko aktivnih delcev na 1kg topila (Lindič in Kveder, 2004, 941).

Statistično obdelavo podatkov, zbranih s pomočjo laboratorijskih analiz, smo opravili s statističnim programom SPSS ver. 20 (SPSS Inc., Chicago, IL). Rezultate številskih spremenljivk smo podali kot srednje vrednosti (aritmetična povprečja in mediane) s pripadajočimi standardnimi odkloni in intervali zaupanja, pri kategoričnih spremenljivkah smo navedli frekvence in pripadajoče deleže. Za testiranje razlik med skupinama smo uporabili t-test za neodvisne vzorce oziroma Mann-Whitney test, kadar je bila kršena predpostavka o normalni porazdelitvi. Le-to smo preverili s pomočjo preizkusa Kolmogorov-Smirnova. Za testiranje razlik v frekvencah kategoričnih spremenljivk smo uporabili Pearsonov χ^2 test. Pri preizkušanju hipotez pa smo za mejo statistične značilnosti upoštevali $p < 0,05$. Ker v veliki večini primerov nismo imeli opravka z normalnimi porazdelitvami, je bilo pri primerjavah skupin potrebno upoštevati mediane (srednje vrednosti) in ne povprečij (aritmetičnih sredin). Povprečja so namreč zelo občutljiva na ekstremne vrednosti znotraj vzorca (že malo število ekstremnih vrednosti lahko bistveno spremeni povprečje) (Garson, 2008). Za oceno, koliko lahko zaupamo ocenjeni srednji vrednosti, smo si pomagali z intervalom zaupanja, ki pomeni 95% verjetnost, da se bo srednja vrednost nahajala znotraj tega intervala pri vsakem novem vzorčenju. Ponovitve opisne statistike smo opravili za parametre, kjer so srednje vrednosti odstopale od referenčnih. Prav tako smo načrtno popravili (zmanjšali) natančnost, s katero so bili podani nekateri rezultati. Povprečne in srednje vrednosti smo tako podali z ustreznim številom značilnih mest v skladu z računskim pravilom, ki pravi, da natančnost rezultata ne more biti večja od natančnosti zbranih podatkov. Statistično obdelavo podatkov, zbranih s pomočjo anketiranja, smo prav tako opravili s statističnim programom SPSS ver. 20 (SPSS Inc., Chicago, IL). Za opis vzorca populacije smo uporabili opisno statistiko. Za opisne in vrstne spremenljivke smo podali frekvenčno in odstotno porazdelitev. Pri preverjanju naših hipotez smo upoštevali, da je posamezen statistično značilen rezultat iz družine primerjav lahko posledica naključja, saj z večanjem števila primerjav raste tudi verjetnost nepravilne zavrnitve ničelne hipoteze. Da smo lahko označili razlike za statistično pomembne na 5% nivoju tveganja, smo uporabili preprost (čeprav zelo konzervativen) popravek (t.i. Bonferronijev popravek), pri katerem izbrano mejo statistične značilnosti α delimo s številom vseh izvedenih primerjav. Pri vseh ostalih primerjavah smo se zadovoljili s pregledovalno analizo (torej nismo izvajali korekcij meje α), katere rezultati nam lahko služijo pri oblikovanju bodočih hipotez.

Etični vidik raziskovanja

Vsi preiskovanci ali njihovi uradni pooblaščenca so bili informirani o namenu, načinu in vsebini raziskave ter osebno zaproseni za sodelovanje. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali vse etične vidike raziskovanja. Upoštevali smo načela Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku (1964), načela slovenskega Kodeksa medicinske deontologije (1992) in Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2006). Za mnenje o etični sprejemljivosti raziskave smo zaprosili Komisijo Republike Slovenije za medicinsko etiko, ki je raziskavo ocenila kot etično nesporno in izdala pisno dovoljenje za opravljanje raziskave (KME 80/04/14).

Predpostavke in omejitve raziskave

Raziskava ima nekaj pomembnih omejitev. Raziskava je geografsko omejena, saj so bili vanjo vključeni le starostniki, ki živijo v Mariboru in okolici. Omejitev je tudi velikost in homogenost vzorca, saj je populacija starostnikov, ki bivajo v ustanovah institucionalnega varstva, v povprečju starejša od tiste, ki biva v domačem okolju. V populaciji, ki biva v institucionalnem varstvu, prevladujejo ženske (Tomše, 2013).⁹ Prav tako gre pri starostnikih v institucionalnem varstvu za starostnike, ki so pretežno odvisni od tuje pomoči.

Pri kriterijih za vključevanje starostnikov v raziskavo smo se omejili le na nekatera bolezenska stanja. V sklopu natančnega vrednotenja hidracijskega statusa bi bilo potrebno tudi vestno beleženje vrste, doze in števila zdravil, ki jih starostniki redno uživajo. Primer so diuretiki in/ali odvajala (laksativi), ki pogosto pomembno doprinesejo k rušenju tekočinskega ravnovesja.

Opis prispevka disertacije znanosti

Disertacija predstavlja odnos starostnikov do uživanja tekočin in prispeva k razumevanju problemov s tekočinskim neravnovesjem starostnikov. V Sloveniji je to prvi nabor podatkov o obravnavani problematiki, ki bo lahko služil kot osnova za morebitna nadaljnja raziskovanja. Poudarek na dejavnih procesa, ki pripeljejo do tekočinskega neravnovesja starostnikov, nam nudi namige in dejstva, ki vodijo k razvoju strategij za preprečevanje tekočinskega neravnovesja starostnikov, ki bivajo v domačem okolju, in starostnikov, ki bivajo v ustanovah institucionalnega varstva. Izsledki izvedene raziskave prinašajo koristna spoznanja in uvid v sociokulturne in demografske podobnosti in razlike med populacijo, proučevano v naši raziskavi, in populacijo, ki je bila raziskovana v tujini. Ugotovitve so podlaga za ovrednotenje (ocenjevanje) in ukrepanje pri uresničevanju humanega, racionalnega in za zdravje koristnega varstva starostnikov v naši ter tudi širši regiji. Lahko so osnova za nadaljnja raziskovanja v različnih kontekstih, ki bodo učinkovito prispevala k ohranjanju zdravja, kakovosti življenja populacije starostnikov ter zmanjšanju stroškov zdravstvene obravnave dehidriranih starostnikov. Raziskava ima potencial za utiranje poti intervencijskim programom v širšem družbenem okolju za izboljšanje kakovosti življenja ljudi. Z raziskavo pridobljeni rezultati in tekom raziskovanja pridobljena znanja so bili podlaga za razvoj pripomočka, ki smo ga razvili kot vizualno, podporno gradivo ustnim informacijam in spodbudam starostnika za lastno skrb za zadosten tekočinski vnos in preprečevanje tekočinskega neravnovesja. Pripomoček predstavlja preprost in praktičen merilni instrument, s katerim lahko starostniki beležijo in nadzorujejo vnos tekočine sami ali pa vnos tekočine pri oskrbovancu, ki pri uživanju tekočine potrebuje pomoč, beležijo in nadzorujejo oskrbovalci.

⁹ Tudi v Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2014, 6) ugotavljajo, da se trend staranja prebivalstva kaže tudi v strukturi stanovalcev v institucionalnem varstvu. Leta 2012 je bilo v institucionalnem varstvu 60% stanovalcev starejših od 80 let, med katerimi so zaradi daljše življenjske dobe prevladovala ženske.

2 STARANJE IN STAROST

Spreminjanje družbenih vrednot, povečevanje ekonomske in socialne razslojenosti so dejavniki, ki kličejo po rekonstrukciji družbenih konstruktov o staranju in starosti. Socialno gerontološki raziskovalni fokus je potrebno usmeriti v iskanje inovativnih in kreativnih rešitev za zdravo, zadovoljno, kakovostno in produktivno starost. »Stari ljudje so postali samostojna družbena kategorija šele v moderni industrijski družbi, ki je z upokojitvijo institucionalizirala starost« (Ramovš, 2003, 55). Same problematike staranja se verjetno ne bi tako močno zavedali, če le-te ne bi spremljala pogostejša obolevnost starostnikov, ki predstavlja nenehno rast stroškov za zdravstveno oskrbo.

S staranjem se ne spreminjajo samo razumske funkcije, temveč tudi čustva, motivacija in celotna osebnost (Pečjak, 2007, 148). Znanja o staranju in starosti je vse več in postaja vse bolj eksaktno. Priča smo razvoju številnih specializiranih disciplin, ki posvečajo pozornost različnim aspektom staranja (Goriup, 2015, 115). Analize družbenih vidikov staranja, ki jih obravnavajo, nam pomagajo zraven bioloških in kliničnih perspektiv razumeti tudi individualne psihosocialne vplive na procese staranja. Pečjak (2007, 23-49) staranje definira kot kompleksen proces, odvisen od notranjih in zunanjih dejavnikov, ki odločilno vpliva na potek staranja in so skozi vse življenje v medsebojni interakciji. Starost pa kot občutljivo obdobje fizičnih in psihosocialnih sprememb, ki zahtevajo veliko prilagajanja in vplivajo na zmožnost zadovoljevanja starostnikovih potreb. Poznavanje poteka človekovega staranja in starosti lajša razumevanje starostnikovega življenjskega sloga, odnosa do zdravja in zdravega načina življenja, do medčloveških in medgeneracijskih odnosov (Železnik, 2010, 30). Čeprav (Ramovš, 2003, 53) pravi, da je »star človek« povsem nevtralen izraz za tretje življenjsko obdobje, pa je koncept staranja in starosti zelo kompleksen fenomen, odvisen od vsakega posameznika. Pozitiven vidik starosti je občutek zadovoljstva, če so se izpolnila življenjska pričakovanja, negativen pa številne izgube, bolezni in upad kognitivnih funkcij, zmanjšanje podpornih vezi tako v socialnem kot psihološkem smislu, znižanje prihodkov, izguba partnerja, družinskih članov in prijateljev (Imperl, 2012, 29). Pozitivna bilanca prinaša zdrav duševni in telesni razvoj, eksistencialno varnost in dobro socialno integracijo. Negativna pa primanjkljaje, zagrenjenost, odklone od zdravja, umik vase, depresijo in resignacijo (Pečjak, 2007, 156). Posameznikovo zaznavanje, doživljanje in videnje staranja je zelo različno in ga zato teorije različno razlagajo. Vse pa zajemajo detinstvo, otroštvo, mladost, srednja leta in starost, ob tem pa imajo v mislih koledarsko starost ali preživeta leta (Pečjak, 2007, 14). V grobem lahko ločimo dva osnovna modela: biomedicinski in družbeno konstruktivistični model¹⁰. Phillips in sodelavci vidijo staranje in starost kot proces, pri katerem se človek skozi kronološko, biološko, psihološko in sociološko dimenzijo, fizično, psihično in socialno spreminja. Kronološka dimenzija se navezuje na leta, odkar smo se rodili, vendar ni splošno sprejeta kot zadostno merjenje obsega staranja, ker se le-to kot proces razlikuje glede na posameznika. Kronološka starost pomaga ljudem razlikovati med vlogami in zvezami, v smislu

¹⁰ Biomedicinski model se pri obravnavi staranja osredotoča predvsem na telo ter fizično in psihično patologijo, povzročeno s spremembami, ki se kažejo v izgubljanju zmožnosti prilagajanja organizma, upadu intenzivnosti življenjskih funkcij ter funkcijskih sposobnosti. Družbeno konstruktivistični model pa se ukvarja s pojasnjevanjem razmerja med kronološkim in subjektivnim doživljanjem staranja in starosti (Cijan, 2003, 24).

obnašanja in pričakovanj, ki so povezana z različnimi starostnimi skupinami. Biološka dimenzija je pogosto znana kot senilnost (zavračanje celic oz. organizma zaradi staranja) in se kot funkcionalno staranje nanaša na biološke dogodke skozi čas, ki progresivno slabšajo fiziološki sistem, tako da je organizem manj sposoben vzdržati bolezni. Ne nazadnje pa se poveča tudi dovzetnost za smrt. Psihološka dimenzija se osredotoča predvsem na spremembe, ki se zgodijo skozi mladostniško obdobje pa vse do individualistične odrasle osebe, na duševno delovanje (npr. spomin, učenje in inteligenca) ter čutne in zaznavne procese. Sociološka dimenzija pa se nanaša na spremenljive izkušnje, ki jih posamezniki doživljajo v njihovih vlogah in zvezah z ostalimi ljudmi, ter kot člani širših socialnih struktur, ko napredujejo skozi različna obdobja svojega življenja. Kot individualna izkušnja se sociološko staranje dotakne doživetja tega, kdo in kaj smo. Kljub splošni povezavi med posameznimi vidiki staranja, pa je ritem, v katerem se izkusi vse vidike, v veliki meri odvisen od vsakega posameznika (Phillips in drugi, 2010, 12-16). Vsekakor je staranje razvojni proces, ki je dinamičen, kompleksen ter traja od rojstva do smrti, zato nobena teorija ne zajame vseh vidikov, saj so le-ti odvisni od subjektivnih (posameznikovo notranje doživljanje) kot tudi od objektivnih dejavnikov (dejavniki v posameznikovem okolju, na katere nima vpliva) (Pruchno in drugi, 2010, 830). Kronološko se vsi staramo enako hitro, funkcionalno pa različno, na kar lahko v veliki meri vplivamo s svojim življenjskim slogom (Ramovš, 2003, 70). Funkcionalne spremembe, ki so posledica staranja se lahko bistveno odložijo in upočasnijo s pozitivnim življenjskim slogom (Wallace, 2004, 60). Seveda pa sam pozitiven življenjski slog ni dovolj, če prizadevanjem za izboljšanje kakovosti življenja posameznika ne sledi celotna družba, z ustvarjanjem socialnih in zdravstvenih pogojev za kakovostno staranje in starost. V današnji družbi je pogled na staranje in starost zelo zaskrbljujoč in pod vplivom vse večje ekonomske krize, krize vrednot in družbene zaskrbljenosti zaradi populacijskega staranja. Pogosto pozabljamo, da je staranje spreminjajoč, zelo individualen sestavni del našega življenja in s konstrukti družbenih normativov postavljamo starostnike v situacije nasprotujočih si pričakovanj glede družbenih vlog, ki jih zasedajo. Dannefer in drugi (2008, 101-108) opozarjajo na negativen vpliv, ki ga imajo novodobni socialni odnosi na družbeno konstrukcijo staranja in starosti. Po njihovem mnenju je predvsem zaskrbljujoče, kako socialna struktura družbenega odnosa organizira zaznave in vrednote posameznika. Koncept staranja vidijo kot kompleksen, večdimenzionalen fenomen, ki prinaša veliko vprašanj. Od vprašanja, kako se družba spopada s staranjem in starostjo, do vprašanj, kako in katere intervencijske strategije je potrebno uporabljati za maksimiranje kognitivnih in funkcionalnih zmogljivosti starostnika, in ne nazadnje do vprašanja, ali bodo biološke in okoljske determinante staranja sploh kdaj zares razumljive in obvladane. Vsa omenjena vprašanja podkrepijo Phillips in drugi, (2010, 11-16), ko se sprašujejo, ali bi moral biti naš cilj nadaljevanje iskanja podaljšanja človeškega življenja ali promoviranje zdravega in kakovostnega staranja. Odgovor je po njihovem mnenju v pristopih tako imenovane integracije starosti¹¹, kjer vstop v osnovne socialne institucije (izobraževanje, delovna razmerja in upokožitev) niso več omejene s starostjo, vloge pa so v različnih institucijskih strukturah raznolike in niso omejene na kronološko starost posameznika.

¹¹ Ideja integracije starosti zagovarja potrebo po reevalvaciji družbenega razmišljanja o starosti za zmanjšanje strukturnih razlik in večje fleksibilnosti vlog skozi življenje (Phillips in drugi, 2010, 9).

Kronološka starost ni več ustrezen indikator za trenutno uveljavljeno družbeno konstrukcijo neizogibnih norm obnašanja, življenjskih stilov ter vlog posameznika glede na starost (Šadl, 2007,18). Z odvrinjanjem starosti iz našega vsakdanjega življenja si delamo medvedjo uslugo, saj je staranje naša skupna lastnost. Vsi bomo nekoč stari, če bomo le dovolj časa živeli. Staranje poteka vse življenje, vendar se tega v resnici zavemo šele v starosti. »Ko se rodimo, se rodimo v življenje, pa tudi v smrt« (Trstenjak, 1993, 9).¹²

2.1 Populacijsko staranje

Z izrazom staranje prebivalstva, demografsko ali populacijsko staranje poimenujemo proces, v katerem se spreminja starostna sestava prebivalstva, in sicer tako, da se povečuje delež starostnikov (Šircelj, 2009, 15). O populacijskem staranju govorimo, kadar se delež prebivalstva nad določeno mejo starosti povečuje, sočasno pa se zmanjšuje število otrok, mlajših od 15 let, ob tem pa se podaljšuje še življenjska doba (Vertot, 2008). Koncept globalnega staranja, ki je posledica procesa globalnega upada rodnosti, zmanjšane umrljivosti, boljšega zdravstvenega varstva in boljših higienskih razmer, opisuje nov fenomen staranja prebivalstva v gospodarsko razvitih državah. V zadnjih treh desetletjih predstavlja enega največjih socialnih in ekonomskih problemov v gospodarsko razvitem svetu (Muenz, 2007, 1). Z demografskega vidika Evropa združuje obe skrajnosti, najnižjo rodnost na svetu, hkrati pa sodi v skupino držav z najdaljšo pričakovano življenjsko dobo, kar sproža velike in daljnosežne posledice. Sodobne družbe se zadnjih sto let soočajo z demografskimi spremembami, ki jih v preteklih zgodovinskih obdobjih ni bilo moč opaziti. Tranzicija od prevlade mlajših generacij v prejšnjem stoletju gre v smeri prevladovanja starejših generacij in posledično odvisnosti od tuje pomoči vse večjega števila prebivalstva (Ule, 2003, 275). Predvsem je za zadnje stoletje značilen trend manjše umrljivosti in podaljševanja življenjske dobe ter sočasnega zmanjševanja števila rojstev v zadnjih desetletjih (European Commission, 2012, 7). Medtem ko je število svetovnega prebivalstva v zadnjih treh desetletjih naraslo za 20% na desetletje, se število starostnikov povečuje vsaj nekajkrat hitreje, kar bo, po mnenju mnogih demografov, imelo katastrofalne posledice (Pečjak, 2007, 18).

Čeprav je staranje kazalec družbenega razvoja in predstavlja dosežek moderne družbe, na katerega smo lahko upravičeno ponosni, obenem prinaša tudi številne posledice na zdravstvenem, družbenem in ekonomskem področju (Dimovski in Žnidaršič, 2007, 3; Razpotnik, 2012). Posledica staranja prebivalstva je tudi naraščanje bolezni, značilnih za starostnike. V želji obvladovanja sprememb, ki jih prinaša staranje prebivalstva, se pozornost javnosti, politike in gerontološke stroke vse bolj usmerja k novim socialno medicinskim temam (Ule, 2003, 275). Vendar dinamika odzivov vse bolj zaostaja za dinamiko sprememb v okolju, populacijsko staranje pa postaja vse večji problem.

¹² Anton Trstenjak je ena od najbolj znanih in spoštovanih osebnosti med Slovenci v 20. stoletju. Sodi med naše najvidnejše personaliste in socialno usmerjene humaniste. Po izobrazbi je bil doktor filozofije in doktor teologije. Njegov obširni opus obravnava številna vsebinska področja od integralne antropologije in psihologije, filozofije, kulture, narodnosti ter teologije. Strokovno in znanstveno je ustvarjal do zadnjega dne svojega življenja. V slovenščini in tujih jezikih je napisal 47 izvirnih knjig, ki so s prevodi in ponatisi doživele več kot 100 izdaj, ter več kot 500 strokovnih razprav in člankov (Ramovš, 2003, 462).

Ramovš (2003, 223) opozarja, da delež starostnikov narašča s takšno hitrostjo, da že postaja problem delovanja družbenih struktur in vzdržnosti sistemov, kar vpliva na odnose med posameznimi skupinami prebivalstva ter na kakovost življenja vse bolj pomembnega števila starostnikov. Življenjska pričakovanja se večajo, skupaj z dobrim zdravjem, obenem pa pomanjkanje pomembnih družbenih vlog za starostnike vzbuja skrb v starajoči generaciji (Phillips in drugi, 2010, 9).

Starostna razmerja prebivalstva so odvisna predvsem od rodnosti in umrljivosti (Ramovš, 2003, 224). Leta 2005 je skupina starejših od 80 let predstavljala približno 1,3% svetovnega prebivalstva (približno 88 milijonov ljudi), demografske projekcije pa kažejo, da se bo do sredine stoletja število starejših od 80 povečalo za 4,4% na 402 milijonov (Phillips in drugi, 2010, 122). V državah, kjer je več kot 10% prebivalcev starejših od 65 let, govorimo o zelo starem prebivalstvu. Med takšne države spada tudi Slovenija, ki je ozemeljsko in prebivalstveno zelo majhna država z neugodno starostno strukturo prebivalstva (Hovnik-Keršmanc, 2009, 9). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (Statistični urad RS, 2014) je imela Slovenija 1. januarja 2014 2.061.1085 prebivalcev. Delež prebivalcev, starih 65 in več let, je predstavljalo 17,4% celotnega slovenskega prebivalstva. Projekcije kažejo, da bo leta 2029 starejših od 65 let že 24,8%. Prav tako se povečuje tudi povprečna starost prebivalstva, ki je narasla z 38,8 let, v letu 2000, na 41,8 let, v letu 2011. Ravno tako se je v tem obdobju povečala pričakovana življenjska doba z 71,9 let na 76,6 let pri moških in z 79,1 na 82,9 let pri ženskah (Rejec in Grm, 2013; Statistični urad RS, 2015). Posledica podaljševanja življenjske dobe je tudi vse večji pritisk na ustanove institucionalnega varstva. Med 85 ali več let starimi prebivalci je že sedaj skoraj 19% takih, ki živijo v skupinskih gospodinjstvih, večinoma v domovih za starostnike, z leti pa bo število samo še rastlo (Statistični urad RS, 2015).¹³ Trendi demografskih sprememb v Sloveniji so zaskrbljujoči in terjajo ukrepanje. »Z ustreznimi ukrepi je potrebno zagotoviti primeren socialni status, kakovostno zdravstveno obravnavo, varno in dostojanstveno starost vseh starostnikov ne glede na to ali se starajo v domačem ali v institucionalnem okolju« (Železnik 2014, 9). Potrebna je pravičnejša medgeneracijska prerazporeditev gospodarskih virov in premik v smeri zagotavljanja bolj celovite in trajnostne zaščite populacije starostnikov, ki je vse bolj socialno izključena in marginalizirana.

2.2 Položaj starostnikov v družbi

Vrednote skrbi za druge, ki odražajo naš odnos do drugih ter vodijo naše vsakodnevne odločitve, so v dobi vse bolj starajoče se družbe pred velikimi izzivi in preizkušnjami. Bernard in Phillips (2000, 33) menita, da je položaj starostnikov v družbi vse pomembnejši element socialnih in političnih razprav ter zahteva celostno socialno politiko z obravnavo vseh vidikov potreb starajoče se družbe. Trenutno v družbenih odnosih vse bolj prevladuje stališče, da so starostniki zgolj družbeno breme, ki v prvi vrsti potrebujejo pomoč, vsebinska bogatitev, ki jo starost prispeva k družbenemu razvoju, pa je pogosto spregledana (Phillips in

¹³ Koeficient odvisnosti starejših, ki pove, koliko starejših od 65 let je odvisnih od 100 delovno sposobnih prebivalcev, iz leta v leto narašča, zaradi tega je potrebno organizirati učinkovite »gerontološke službe«, ki bodo reševale stanovanjske, premoženjske, zdravstvene in socialne probleme starostnikov (Statistični urad RS, 2013).

drugi, 2010, 197). Prav tako je spregledan pomen medgeneracijskih povezav in kakovostnih socialnih odnosov, ki pomembno pripomorejo k učinkoviti socializaciji človeka. »Socializacija je opredeljena kot proces, s katerim se posamezniki naučijo znanja, spretnosti, stališč, vrednot in vedenja, ki jim omogoča, da sodelujejo kot enakopravni člani družbe, v kateri živijo« (Movahedi in drugi, 2011, 52). Občutek sprejetosti in enakopravnosti vpliva na objektivno zadovoljstvo v družbenem življenju in subjektivni kakovosti življenja posameznika. Dimenzije kakovosti življenja, ki so v literaturi največkrat omenjene, so: funkcionalne sposobnosti posameznika, zadovoljivi stanovanjski pogoji, zakonski stan in družina, izobrazba, primerni dohodki, ki pogojujejo ekonomsko neodvisnost in varnost, psihično dobro počutje, morala, obvladovanje, prilagajanje, zdravje, socialna podpora, socialna omrežja in občutek družbene pripadnosti (Phillips in drugi, 2010, 177). Starostnik, ki nima občutka družbene pripadnosti, ne doživlja smisla svoje starosti (Ramovš, 2003, 110). Zaradi sprememb v delovanju družine v moderni dobi, postajajo starostniki še ranljivejši, saj novodobna družinska razmerja dodatno vplivajo na zmanjševanje občutka družbene pripadnosti. Starostniki imajo v današnji družbi nižji status, manjšo družbeno moč in nižje dohodke, kar negativno vpliva na njihov osebno dostojanstvo, ki je zapostavljena vrednota, čeprav lahko bistveno vpliva na odnos posameznika do samega sebe in drugih, ter na samopodobo celotnega naroda (Toplak, 2003). Poudarjajo se mladost, lepota in vitalnost, starostnike pa se pogosto obravnava kot homogene nekoristne skupine (Clarke, 2000, 429). V Sloveniji 25% ljudi meni, da so starostniki breme družbe. Zaradi takšnega razmišljanja in odnosa starostniki doživljajo številne stigme in praznote. Posledice doživljanja stigme in praznote pa pri starostnikih povzročajo psihosocialne motnje in doživljajsko otopelost. Čustveni reakciji, ki pogosto spremljata stigmatizacijo in praznino, sta izogibanje in bojzljivost (anksioznost), kasneje pa lahko tudi stanje depresije (Rakovec-Felser, 2002, 8). Med populacijo starostnikov narašča alkoholizem, ločitve in samomorji. Skupno število samomorilcev v Sloveniji je približno trideset na sto tisoč prebivalcev, od tega sta dve tretjini samomorilcev starejši od 65 let (Bezenšek in Barle, 2007, 165). Podatki so zaskrbljujoči, zato je potrebno socialno gerontološki raziskovalni fokus usmeriti v iskanje novih, kreativnih rešitev za zadovoljno, zdravo, kakovostno in produktivno starost.

Čas je, da se zavemo problematike, ki jo prinaša osebno in globalno staranje v moderni družbi in spoznamo, da le aktivno sodelovanje vseh generacij predstavlja ekonomsko in socialno vrednost. V družbeni konstrukciji staranja in starosti mora priti do sprememb. Špidla (2012, 15) meni, da gre za vprašanja kulturne skladnosti v družbi, zato pristopa k vprašanju staranja in starosti ne smemo osredotočiti zgolj na ekonomska vprašanja, ki v zadnjem kriznem času stopajo v ospredje, saj se vsak od nas sooča z možnostjo, da bo morda postal odvisen od pomoči drugih, ko bo enkrat postal starostnik, vendar pa trenutno ne moremo biti prepričani, da nas bodo obravnavali z obzirnostjo in dostojanstvom.

Skrb za naše starostnike je predvsem vprašanje družbene morale in odgovornosti, saj družba brez navzkrižnih tokov podpore in medsebojne pomoči ne bi mogla obstati (Mandič, 2009, 139). Razmerja med starostnimi skupinami so drugačna kot doslej, kar vpliva na vzdržnost sistemov socialne varnosti in odnose med posameznimi skupinami. Gre za vprašanje, kako ob demografskih spremembah zagotoviti kakovostno skrb za starostnike ob sočasnem vzdrževanju finančnega

ravnotežja in ohranjanju principov družbene pravičnosti in solidarnosti (Filipovič in drugi, 2009, 197). To je seveda veliko lažje v družbah, kjer je starost spoštovana in pomeni vrednoto, saj so tam družbene in družinske norme starostnikom prilagojene (Kobentar, 2008, 147).¹⁴ Dandanes je nujno, da se družba zavzema za koncept skupnosti za vse starosti. To pomeni namerno vzpostavljanje omrežij socialnih odnosov, formalnih in neformalnih dejavnosti in storitev, ki naj bi podpirale blaginjo in doseganje lastnih ciljev ljudi v vseh fazah njihovega življenja (Hlebec in drugi, 2012, 101). Bolj ko posameznik dosega svoje zastavljene cilje, večja sta motivacija in uspešnost, kar se odraža v pozitivni samopodobi, ki spada med najpomembnejše notranje standarde, merila in gibala, ki usmerjajo naše doživljanje in obnašanje (Musek, 2010, 369). Starostnikom moramo omogočiti, da dajo svoj doprinos družbi, dokler to želijo in zmorejo, saj tudi formalno neaktivni starostniki lahko igrajo pomembno vlogo v družbi, ki bo z nadaljnjim staranjem prebivalstva le še pridobivala na pomenu (Razpotnik, 2012).

Aktiviranje in uporaba teh zmožnosti lahko razbremenjuje mlajše, delovno aktivne generacije, zagotavlja občutek sprejetosti, varnosti in smiselnosti ter tako prinaša novo kakovost življenja vsem sodelujočim. Za kakovostno življenje starostnikov je potrebno proučiti najbolj učinkovite kombinacije vseh obstoječih podpornih elementov in razvijati nove, pri tem pa izhajati iz zornega kota samih starostnikov (Pahor in drugi, 2009, 234).

2.3 Socialna omrežja starostnikov

Pripadnost socialnim omrežjem, v katerih poteka komunikacija in medsebojna opora med aktivno generacijo in generacijo starostnikov, omogoča starostnikom občutek, da so sprejeti in cenjeni, ter se kaže tudi v boljšem zdravju. Aktivna participacija v socialnem omrežju je pomemben dejavnik socialnega vključevanja (Pahor in drugi, 2009, 221). Sodelovanje oziroma sožitje med aktivno generacijo in starostniki se lahko udejanja v različnih oblikah, katerih največji sovražnik so predsodki o starosti kot brezplodnem obdobju človekovega življenja. Pri dožemanju osebnega nadzora, zdravja in dobrega počutja starostnika ima socialna opora in socialna interakcija pomembno mesto, saj so socialni odnosi konstitutiven element, ki človeka definirajo kot človeka (Phillips in drugi, 2010, 195). Socialna opora je temelj razvoja v vsakem življenjskem obdobju, starostnikom pa zagotavlja socialno vključenost, občutek varnosti in sprejetosti, osmišlja življenje v starosti, lajša osamljenost ter krepi duševno in telesno zdravje (Hlebec in drugi, 2009, 154). Vključuje pomoč pri konkretnih nalogah, učenju spretnosti, vodenju in zagotavljanju materialnih sredstev. Za starostnika je vpetost v socialna omrežja, ki nudijo fizično, materialno in emocionalno oporo ter socialno integracijo v družbeno življenje izjemnega pomena. Njihova aktivna participacija pri ohranjanju in vzpostavljanju socialnih odnosov predstavljata navkljub nekaterim pomembnim izgubam in omejitvam trden temelj za ohranjanje zadovoljstva v življenju (Kobentar, 2008, 159). Socialna omrežja so lahko formalna ali neformalna. Formalno socialno omrežje predstavljajo osebe in organizacije, ki s starostnikom nimajo emocionalnih in sorodstvenih vezi, njihove storitve so večinoma

¹⁴ Tudi Bodner in Lazar (2008) ugotavljata, da ljudje v vzhodnih in srednjevzhodnih kulturah veliko bolj spoštujejo svoje starostnike kot v zahodnih kulturah, a se tudi tam kultura spoštovanja starostnikov negativno spreminja in poslabšuje.

profesionalne in največkrat sponzorirane s strani države. Neformalna socialna omrežja pa so običajno majhna, homogena in niso plačljiva ter vsebujejo sorodstvene in emocionalne komponente. Najpomembnejši vir neformalnih socialnih omrežij starostnikov so družinski člani, sledijo sorodniki, nato prijatelji, znanci in sosedi (Nagode, 2009, 129). Slednji so izrazito pomembni za starostnike, ki niso institucionalizirani ter ne živijo s katerim od družinskih članov, zlasti v kriznih situacijah, kot so poškodbe in nesreče, kadar se izkaže potreba za nujno pomoč. Že občasna sosedska pomoč je lahko izrazito pomemben dejavnik, ki zmanjšuje potrebo po formalnih oblikah pomoči in omogoči dolgotrajnejše samostojno bivanje v domačem okolju (Filipović in drugi, 2005, 205). Zaradi redčenja sorodstvenega in generacijskega socialnega omrežja v starosti je nujno, da starostniki neprestano širijo in obnavljajo svoja socialna omrežja izven teh okvirjev. Starostniki, ki se osredotočajo samo na isto generacijo in ne vzpostavljajo novih poznanstev, ko se pomikajo skozi življenje, grozi, da bodo kmalu osamljeni, saj so socialne mreže časovno omejene z življenjsko dobo njenih članov (Gray, 2009, 8). Za današnjo družbo je izrednega pomena zadržati starostnike v aktivnih družbenih medgeneracijskih procesih. Učenje moralnih in etičnih razsežnosti medčloveških odnosov, izmenjava znanja in izkušenj med generacijami najučinkoviteje poteka v okoljih, ki imajo dobro razvite formalne in neformalne socialne mreže, kjer sodelovanje ne poteka samo znotraj družin, temveč tudi med ljudmi, ki niso v sorodstvenih povezavah. Struktura takšnega socialnega omrežja vključuje štiri različne dimenzije: velikost omrežja, sestavo omrežja, pogostost in globino stikov ter geografsko bližino članov socialnega omrežja. Opredeljena je s številom formalnih in neformalnih družbenih vezi, ki preprečujejo osamljenost in izolacijo (Sherman in drugi 2006, 465). Izolacija pomeni omejenost v socialnih stikih, ki lahko vodi v depresijo in zgodnjo institucionalizacijo, dobra socialna integracija pa se prepoznava kot pozitivni napovedovalec zadovoljstva z življenjem v starosti (Kobentar, 2008, 146; Filipović in drugi, 2005, 205). Pojem socialnih odnosov se nanaša na kakovost socialnih stikov (kvalitativni vidik) in pogostnost (kvantiteto) teh stikov. Na družbeni ravni si moramo prizadevati za čim kakovostnejšo povezanost starostnikov z mlado in srednjo generacijo, saj na osamljenost starostnika veliko bolj vpliva kakovost socialnih odnosov kot njihova pogostnost. Za zmanjšanje in preprečevanje izolacije in zadovoljevanje potreb po stalnem in poglobljenem medčloveškem odnosu, kot pogoju za sprejemanje in smiselno doživljanje lastne starosti, moramo preseči prevladujoče trende družbene neenakosti in spodbujati potenciale skupnosti, da skrbi za starostnike. Trenutna družbena neenakost pomembno vpliva na vključevanje starostnikov v socialna omrežja, kar se kaže z upadom odnosov s perifernimi člani omrežja in zapiranjem v ožje intimne kroge. Ti so orientirani predvsem na bližnje prijatelje in družino ter na močne emocionalne vezi s člani teh krogov, s katerimi ljudje reducirajo kompleksnost in negotovost novega reda, v katerem se je povečala odtujenost in zmanjšalo medosebno zaupanje (Šadl 2007, 17). Ko mobilnost in fizične sposobnosti pojemajo, starostniki potrebujejo kakovosten kontakt z mladimi, saj le kakovostna medgeneracijska socialna omrežja dajejo upanje in utrjujejo razne oblike znotraj generacijske in medgeneracijske pomoči pri vsakdanjih življenjskih opravilih, nudi lahko fizično in materialno pomoč ter emocionalno oporo in omogoča socialno integracijo starostnika v družbo (Filipović in drugi, 2005, 205).

2.4 Oskrba starostnikov v domačem okolju

Družbeno okolje starostnikov, ki bivajo v domačem okolju, je zelo različno: od idealnega in prepojenega z osrečujočimi elementi, do krutega in nemega, ki komunicira selektivno, neosebno in brez sočutja (Imperl, 2012, 20).

V sodobni družbi vse bolj stopajo v ospredje pravice posameznikov in posameznih skupin. Med njimi je vsekakor pravica do varne in kakovostne oskrbe v starosti, kar zahteva spremembe klasičnih oblik varstva starostnikov. Starostniki imajo pravico do življenja v dostojanstvu in neodvisnosti, predvsem pa pravico do odločanja, kje in na kakšen način želijo živeti. Skrb za starostnika je v prvi vrsti naloga svojcev. Družina, ki je bila glavna oskrbovalka v vsej zgodovini in je tudi danes, zaradi današnjega načina življenja postaja vse bolj nemočna in čedalje težje opravlja to nalogo, v prihodnosti ne bo več mogla prevzeti odgovornosti za oskrbo starostnikov (Nagode, 2009, 129; Ramovš in drugi, 2012, 6).

Iskanje odgovorov na osnovna bivanjska vprašanja v družbi, kjer modrost in globina medosebnih odnosov nista dovolj cenjena, je zelo zapleteno. Spreminjanje tradicionalnih oblik družine in družbenih vrednot, povečevanje ekonomske in socialne razslojenosti so dejavniki, ki starostnike potiskajo na rob družbe. Spremenjena struktura družine na novo odpira vprašanje delitve odgovornosti za skrb od tuje pomoči odvisnega dela prebivalstva, saj v družinskih vzorcih prevladujejo majhne jedrne družine in povečana razpršitev generacij, kar negativno vpliva na kakovost oskrbe starostnikov (Hlebec in drugi, 2012, 73). Mali (2009, 69) opozarja, da mora sodobna družba poskrbeti za svoje starostnike, da bodo lahko čim dlje ostali v okolju, kjer so živeli in delali. Za uresničitev tega načela mora organizirati dejavnosti tudi zunaj gerontoloških služb, saj se je dajanje medgeneracijske pomoči in opore spremenilo v dodatno, izven gospodinjstvo dejavnost. V prvi vrsti moramo poskrbeti za bivalno okolje, ki predstavlja čim večjo starostnikovo neodvisnost, možnosti socialne interakcije, domačnost, zasebnost, varnost in varstvo. Bivalno okolje, kjer starostniki preživijo največ svojega časa, je eden izmed pomembnih vidikov kakovosti življenja. Prizadevanjem za ustvarjanje pogojev, ki bodo omogočali starostniku ostati čim dlje na samostojen, varen in kakovosten način v domačem okolju, še vedno posvečamo premalo pozornosti (Nagode, 2009, 125). Ker je ostati doma tako dolgo kot je to mogoče postalo sinonim za kakovost življenja (Philips in drugi, 2010, 17), Trontelj (2005, 284-291) opozarja, da bo težišče nege in oskrbe starostnikov potrebno ponovno osredotočiti na dom in domače okolje.¹⁵ Seveda bo za to potrebna mnogo večja podpora družini, kot ji jo namenjamo danes. Že leta 2005 je Trontelj predlagal ustanovitev mobilnih interdisciplinarnih ekip, v katerih naj bodo zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci in psihologi, ki bodo pomagali družini učinkoviteje zadovoljevati socialne in zdravstvene potrebe oskrbovanih starostnikov. To pomeni nudenje ustrezne oskrbe starostnikom, kakor tudi nudenje podpore starostnikovi družini in oskrbovalcem. V tem duhu so se v Sloveniji razvili novi modeli oskrbe in varstva starostnikov, kot so dnevno varstvo, oskrbovana stanovanja, socialna oskrba na

¹⁵ Dr. Jože Trontelj je bil predsednik državne komisije za medicinsko etiko in predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Sodeloval je pri izdelavi Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Oviedske konvencije) in njenih dodatnih protokolov, še posebno protokola o etiki biomedicinskega raziskovanja na ljudeh (SAZU, 2013).

domu, pomoč na daljavo, k čemur v veliki meri pripomore moderna tehnologija in različni sistemi prostovoljstva¹⁶. Pomoč na domu, ki se je sicer med oblikami organiziranih storitev na domu starostnika v zadnjih letih precej razvila, še vedno ne dohaja povečanja potreb, ki iz leta v leto naraščajo (Nagode, 2009,125). Čeprav imajo starostniki in njihove družine na voljo različne možnosti za pomoč pri oskrbi starostnika v domačem okolju, Ramovš (2003, 400) meni, da bo v naslednjih desetletjih precejšen del kakovosti življenja starostnikov na socialnem področju odvisen od razvitosti in organiziranosti prostovoljstva, ki medgeneracijska razmerja definira predvsem na etični in prostovoljni osnovi. Medgeneracijsko zaveznitvo, kot prevzemanje odgovornosti in skrbi za druge generacije, v vse bolj starajoči družbi pridobiva na pomenu, zato se sodelovanje oziroma sožitje med aktivno generacijo in starostniki udejanja v različnih oblikah in področjih, pri čemer so največji sovražniki predsodki o starosti kot brezplodnem obdobju človekovega življenja. Potrebna je zavest, da se v evropskem sociokulturnem okolju generacije vse bolj izmenjujejo v položaju dajalcev in prejemnikov pomoči, saj za tovrstne tokove tradicionalno velja, da starejše generacije v končnem seštevku dajejo več, kot prejema (Mandič, 2009, 139-140). V Sloveniji imamo različne definicije in poimenovanja družinske oskrbe starostnika, ki govorijo o osebah, ki so krvno ali sorodstveno povezane z oskrbovano osebo. Delimo jih na primarne in sekundarne oskrbovalce. Primarni nosijo glavno odgovornost za oskrbo, sekundarni pa pri oskrbi pomagajo primarnemu oskrbovalcu. So največja skupina neformalnih oskrbovalcev, med katere sodijo tudi prijatelji, znanci in sosedje. Med njimi močno prevladujejo ženske (Philips in drugi, 2010, 43). Za družinskega oskrbovalca oskrba predstavlja telesne, psihične, socialne in finančne obremenitve, zato se v številnih družinah pojavijo konflikti, ki lahko vodijo v zlorabo oskrbovanega starostnika. Pogosto pa je prav oskrbovanje dejavnik združevanja in se družinski odnosi prav v tem obdobju poglobijo in postanejo pristnejši. Zavest o nacionalni problematiki oskrbovanja starostnikov se prebujata z veliko zamudo. Kljub napredku odnosa socialne politike do oskrbovalcev v domačem okolju, pa se v vsakdanji praksi še vedno čuti pomanjkanje podpore družinskim oskrbovalcem. V Sloveniji je več kot polovica pomoči potrebnih starostnikov še vedno deležna le neformalnih oblik pomoči, v ustanovah institucionalnega varstva pa je le ena tretjina vseh pomoči potrebnih. Hvalič-Touzery (2009, 109-123) meni, da mora zagotavljanje dolgotrajne oskrbe postati prioriteta na državni ravni urejene oskrbe starostnikov. Dolgotrajna oskrba je fenomen, ki prinaša novosti na ravni zagotavljanja socialne varnosti, predvsem pa drugačno paradigmo načinov pristopa k človeški stiski, statusu uporabnikov in bistvu procesov pomoči (Flaker, 2008, 21). Z vzpostavljanjem novih mehanizmov socialne varnosti in načinov zagotavljanja podpore smo pred izzivi vzpostavljanja učinkovitejše in bolj humane družbe, ki bo preseгла paradokse delitve posameznikov in skupin na podlagi kronološke starosti in drugih osebnih lastnosti (Nagode, 2009,128).

¹⁶ Za socialno gerontologijo v poindustrijskem in informacijskem času je prostovoljstvo temeljnega pomena, kajti medčloveške povezave se čedalje bolj oblikujejo na osnovi osebne odločitve posameznika, med tem ko so se v tradicionalni družbi predvsem na temelju krvnega sorodstva in krajevnega sosedstva. Prostovoljstvo je osnovna sodobna oblika osebne solidarnosti v socialnem delovanju (Ramovš, 2003, 397-400).

2.5 Oskrba starostnikov v institucionalnem varstvu

Čeprav je življenje sodobnega človeka nenehno povezano z institucijami, je prav zadnje obdobje našega življenja izrazito institucionalizirano (Mali, 2009, 95). Obdobje starostnika je obdobje, ki ga pogosto spremljajo številne zdravstvene težave in kronične bolezni, ki prizadenejo organizem in pogosto puščajo trajne posledice. Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti starostnikov se povečuje njihova nezmožnost zadovoljevanja potreb in odvisnost od okolice. Nemalokrat je v takšnem stanju potrebno razmisliti o odhodu v ustanovo institucionalnega varstva. Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki naj bi upravičencem nadomeščala, dopolnjevala ali zagotavljala funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo, bivanje, organizirano prehrano in socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur.l. RS, 2010). Osnovni namen teh institucij je zadovoljevanje potreb, fizične, socialne in moralne pomoči starostnikom, ki so zaradi različnih razlogov kronično funkcionalno ovirani pri samostojnem opravljanju vsakdanjih dejavnosti. Žal se mnoge ustanove institucionalnega varstva spreminjajo v gerontološke negovalne bolnišnice. Socialno varstvene institucije ne rešujejo le socialne problematike, temveč vse bolj intenzivno tudi zdravstveno (Mali, 2009, 97). V ospredje se vse bolj postavljajo fizične, materialne in zdravstvene potrebe starostnikov. Sprememba socialno-varstvenih zavodov v skoraj izključno medicinske zavode prinaša osredotočenost na zdravstvene težave oskrbovancev, vendar pa številne povezane psihosocialne težave ostanejo nerešene, potrebe in želje starostnikov pa neizpolnjene (Turk in Turk, 2015, 489).¹⁷ Kljub v zadnjem času opaznem razvoju socialnih in zdravstvenih storitev na domu in v skupnosti, pa so institucije neizogiben del v mreži socialnega in zdravstvenega varstva starostnikov, saj še vedno edine zagotavljajo neprekinjeno oskrbo (Imperl, 2014, 8). Najdemo jih pod različnimi imeni: »dom starejših občanov, dom upokojencev, socialno varstveni dom, dom starostnikov in podobno« (Pečjak, 2007, 170). Starostniki, ki potrebujejo pomoč in nego ali zaradi drugih razlogov ne morejo živeti doma, se preselijo v ustanove institucionalnega varstva. Odločitev za preselitev v institucijo je pomemben socialni dogodek v posameznikovem življenju in za starostnika pomeni enega najhujših stresov, zato mora biti staranje v instituciji ena izmed opcij in ne edina opcija (Pečjak, 1998, 13).

Večina starostnikov se težko odloči za odhod v institucionalno varstvo, saj to pomeni ločitev od zunanjega sveta, predvsem socialnih stikov, kjer je življenje omejeno na en sam prostor in za mnoge simbolizira zadnjo postajo v življenju (Mali, 2006, 21). Kakovost njihovega življenja se večinoma zoži na okolje, v katerem živijo, in stanovanjski režim institucije, ki ne omogoča uresničevanja individualnih potreb starostnika (Walker in drugi, 2007, 40). Zaradi starostnih in bolezenskih sprememb, katerim so mnogokrat pridružene še težave psihosocialne in duhovne narave, se starostniki težko prilagodijo na institucionalno življenje in je

¹⁷ Avtorja poudarjata, da morajo domovi za starostnike postati kreativni centri oskrbe starostnikov, tako v zdravstvenem, socialnem, kulturnem kot sociološkem smislu. Iz tega razloga bi bilo nujno razviti gerontološke klinike, kjer bi zraven celostne kakovostne zdravstvene oskrbe pripravili starostnika, v kolikor je mogoče, za vrnitev v aktivno življenje. Vizionarno razmišljanje prof. dr. Accetta, je bilo zaradi ozkih pogledov nekaterih strokovnjakov, v polpreteklem obdobju pozabljeno (Turk in Turk, 2015, 489).

med njimi pogosto prisotna kriza identitete. »Zaposleni morajo biti na ta vidik pozorni in občutljivi, saj morajo skrbeti za zadovoljevanje ne samo fizičnih, ampak tudi psihosocialnih potreb starostnikov« (Zaletel, 2009, 183). To pomeni, da je starostniku v prvi vrsti potrebno zagotoviti spoštovanje osebnostnih pravic, kot so zasebnost, svobodna izbira in upoštevanje individualnih želja. Življenje v instituciji zahteva kompromise, posameznik se mora podrediti sistemu institucije, kjer prevladujejo potrebe skupine, ki je bolj naravnana v zagotavljanje dobrih razmer za osebje kot pa za starostnike (Pečjak, 2007, 93). Institucije seveda ne morejo nadomestiti domačega okolja, lahko pa se mu optimalno približajo z zmanjševanjem rutinske ureditve, ki v številnih institucijah še vedno sledi bolnišničnemu vzgledu, kjer so v ospredju institucionalna pravila in hišni red. Takšna ureditev je v nasprotju z ureditvijo, ki vzpostavlja čim boljši približek domačemu okolju in dopušča, da starostniki uresničujejo svoje individualne potrebe in nadaljujejo s svojim dosedanjim načinom življenja (Imperl, 2012, 60). Starostniku je potrebno zagotoviti svobodo, dati občutek koristnosti in omogočiti socialne interakcije. Predvsem pa se morajo zaposleni zavedati, da vsak posameznik vstopa v institucijo s svojimi posebnostmi, ima izoblikovane osebnostne značilnosti, določeno znanje, sposobnosti in navade, ki so drugačne od institucijskih pravil. »Ne glede na to, da večina starostnikov biva v domačem okolju, kjer pomoč prejemajo od svojih najbližjih, del starostnikov potrebuje ali pa so deležni različnih oblik družbeno organiziranih storitev. Obe področji potrebujeta temeljit premislek s sociološkega, psihološkega in socialnega vidika« (Imperl, 2012, 27).

3 HIGIENA UŽIVANJA TEKOČIN V STAROSTI

Na higieno uživanja tekočin in ustrezno hidracijo starostnika v veliki meri vpliva starost in življenjski slog v starosti, saj so psihosocialni in kulturni vplivi glavne determinante obsega in vrste zaužitih tekočin (Wilson, 2006, 323). Za ustrezno higieno uživanja zadostnih količin tekočine je pomembna promocija zdravja, ki vpliva na zmanjšanje občutka nemoči, ranljivosti, osamitve in ogroženosti ter s tem na kvaliteto starostnikovega življenja. Če se starostnik opira samo na žejo, kot sprožilcu za pitje, lahko hitro dehidrira. Strokovni oskrbovalci ne bi smeli čakati, da jim starostnik reče, da je žejen. Zadostno uživanje tekočin mora starostnikom in njihovim skrbnikom predstavljati priložnost za socialni stik, ki je lahko ključnega pomena pri podpiranju prehranjevanja in pitja tekočin (Hooper in drugi, 2014, 54).

3.1 Fiziološke in biološke osnove, ki vplivajo na starostnikovo higieno uživanja tekočin

Fiziološke spremembe v procesu staranja pogosto povzročajo neravnovesje tekočin in elektrolitov. Izguba beljakovin, zmanjšana ledvična funkcija, zmanjšano sproščanje renina, zmanjšan občutek za žejo in obdobja fiziološkega stresa (vnetje sečil, pljučnica in druga) pa izgubo tekočine le še pospešijo (Feinsod in drugi 2004, 37) (Tabela 1).

Tabela 1: Fiziološki dejavniki, ki povečujejo tveganje za dehidracijo.

Celotna vsebnost vode v telesu se s starostjo zmanjšuje (odraža se v znižani hrambi beljakovin).
S staranjem ledvice manj učinkovito koncentrirajo/razredčujejo tekočino. S tem se zmanjšuje nadzor tekočine in elektrolitov (še posebej pod stresom).
Zmanjšano sproščanje renina (je osnova za izgubo natrija v seču in povečuje dehidracijo med bruhanjem in izločanjem mehkega blata).
Zmanjšan odziv ledvic na antidiuretični hormon (zmanjša ledvično sposobnost koncentracije seča, kar posledično prispeva k nastanku hipovolemije in hipernatrijemije med stresom).
Povišane vrednosti atrijskega natriuretičnega peptida (povečana raven atrijskega natriuretičnega peptida med hipovolemijo zavira renin s poznejšim zmanjšanjem angiotenzina II in aldosterona, ogroža zmožnost za reševanje hipovolemije in potencira izgubljanje natrija).
Zmanjšan občutek žeje (manjše zmožnosti zadovoljiti fiziološke potrebe po tekočini, kljub prostemu dostopu do vode).

Vir: Feinsod in drugi 2004, 37.

Poznavanje fizioloških in bioloških osnov, ki vplivajo na starostnikovo higieno uživanja tekočin in povečujejo tveganje za dehidracijo, omogoča lažje prepoznavanje tveganja za dehidracijo in ponuja odgovore na vprašanje, kako poskrbeti za starostnikov zadovoljiv vnos tekočin. Dnevni vnos tekočin mora nadomestiti običajne (z urinom, iz črevesja, iz pljuč in skozi kožo) povzročene izgube tekočin. Ob prisotnosti različnih kliničnih stanj, ki še povečujejo izgube telesnih tekočin, pa je potrebna dodatna skrb za nadomeščanje izgubljene tekočine.

3.1.1 Žeja

Po 50. letu starosti začenja občutek za žejo slabeti, posledica pa je izguba pomembne avtoregulacijske obrambe, zaradi česar imajo starostniki pogosto spremembe v homeostazi tekočin. Zmanjšan občutek žeje je povezan s staranjem in spada med dejavnike tveganja za večjo pojavnost dehidracije. Po mnenju Mrevljeto in Pokorna (2011, 734) je pri starostnikih lahko občutenje žeje tako oslabiljeno, da lahko pride do dehidracije. Žeja je varovalni mehanizem, ki se vključi, ko količina izgubljene tekočine preseže popito. Greenleaf jo opredeljuje kot željo do pitja zaradi fiziološke in vedenjske potrebe, ki izhaja iz primanjkljaja tekočine v telesu.¹⁸ V nasprotju s splošnim prepričanjem Wilson pojasnjuje, da žeja ni glavni in edini gonilni mehanizem za uživanje tekočin. Premajhen vnos tekočine pripisuje številnim drugim razlogom in ne zgolj pomanjkanju žeje. Po njegovem mnenju se opiranje samo na žejo, kot sprožilcu za pitje tekočine pri starostnikih, pokaže za nezadostno in je za pravilno hidracijo pomembnejša rutina, socialne priložnosti in skrbniki. Pri zdravi odrasli osebi, ki ni podvržena stresu, so po njegovem mnenju gonilni mehanizmi zaužitja tekočine vedenjski in psihosocialni dejavniki, pri katerih je vnos tekočine primarno prostovoljen in predmet nadzora apetita (nehomeostatski mehanizem). V okoliščinah brez posebnih fizioloških stresov pijemo iz navade in tako zadostimo telesnim potrebam po tekočini. Nasprotno pa je pri vzdrževanju ravnovesja tekočin, kadar je posameznik pod fiziološkim ali patološkim stresom. Takrat se sprožijo regulativni

¹⁸ Najpomembnejši telesni dejavnik žeje je povečana osmolalnost zunajcelične tekočine, ki povzroči znotrajcelično dehidracijo v možganskem centru za žejo. Ko se koncentracija natrija poveča za približno 2 mmol/l nad normalno vrednost, naraste osmolalnost za 4 mOsmol/kg, kar je dovolj, da se vključi mehanizem, ki povzroči željo po pitju tekočine (Greenleaf, 1991, 645-656).

(homeostatski) mehanizmi, ki motivirajo žejo. Mehanizme uživanja tekočin lahko torej delimo na homeostatske in nehomeostatske stimulatorje. Homeostatski stimulatorji žeje vključujejo: serumsko osmolalnost, znotrajžilni volumen, aktivnost serumskega renina ter periferne in centralne ravni vazopresina. Nehomeostatski dejavniki pa vključujejo: primerne ali prijetne lastnosti tekočine, okusnost in preferenca okusa, dostopnost in razpoložljivost tekočine ter psihosocialne dejavnike, kot so življenjske navade, socialna izolacija in funkcionalne sposobnosti (Wilson 2006, 321-323). Podobno navaja tudi Pokorn (2005a, 194), ki pravi, da pri običajnih prehranjevalnih navadah pride do vnosa tekočine še preden nastopijo občutki žeje kot posledica homeostatskih mehanizmov. Poudarek našega dela je na nehomeostatskih mehanizmih, ki jih bomo obdelali z vidika socialno gerontoloških razsežnosti. Homeostatski, ki jih obravnava geriatrija, in ki prav tako pomembno vplivajo na stanje hidracije starostnikov, so po našem mnenju dobro raziskani in tako presegajo namen in domet našega raziskovanja.

Ob zavedanju, da se lahko na nehomeostatske mehanizme uživanja tekočin odločilno vpliva s starostnikovim lastnim vedenjem in vedenjem tistih, ki za starostnike skrbijo, je razumevanje širine problema tekočinskega neravnovesja pri starostnikih ključnega pomena in omogoča pravilno ukrepanje, predvsem zmanjševanja dejavnikov tveganja.

3.1.2 Prehranjevanje in pitje

Prvina kakovosti posameznikovega življenja je zdravje, ki ga ne moremo ločiti od družbenega zdravja, ocenjenega s stališča telesne, duševne in socialne blaginje. Povezano je z najširšim človekovim okoljem, kjer ima prehrana pomembno mesto (Pokorn, 2005a, 9). Pestra in raznolika prehrana, ki vključuje varno, energijsko uravnoteženo hrano, je temelj zdravega prehranjevanja (Železnik, 2013, 384). Hrana in voda sta vir telesne energije in vitalnosti. Človeku zadovoljevanje potreb po hrani in tekočini omogoča rast in razvoj organizma, regeneracijo celic, sintezo hormonov, produkcijo energije, tvorbo protiteles in splošno dobro počutje. Zdravo prehranjevanje in uživanje zadostnih količin tekočine je ključnega pomena za posameznikovo fiziološko, psihološko, kulturno in socialno dobro počutje, vpliva na procese staranja ter kakovost in dolžino življenja posameznika (Rotovnik Kozjek in drugi, 2014, 22). Na splošno veljajo glede zdravega prehranjevanja v starosti ista pravila kot v mladosti, le da so zaradi starajočega organizma pomembnejša in težje dosegljiva (Pečjak, 2007, 50). Kališnikova (2006, 135) poudarja, da mora človek »poslušati« samega sebe in se prehranjevati tako, kot mu narekuje telo in pri tem dajati prednost uravnoteženi in zdravi prehrani, ki se ne nanaša na populacijo, temveč na posameznika. Zdrava prehrana je sestavljena iz beljakovin, ogljikovih hidratov, maščob, vitaminov, mineralov, balastnih snovi in vode. Vsebuje vse hranljive snovi v takšnih količinah in razmerjih, da zadoščajo za delovanje vseh funkcij organizma (Pokorn, 2005b, 646).

Da bi zmanjšali nevarnost dehidracije, moramo poskrbeti za pravilno ravnovesje tekočine in elektrolitov ter potrebnih hranil in vitaminov. Pri običajnih prehranjevalnih navadah je hrana raznolika, tekočine pa uživamo še preden nastopi občutek žeje, zato ob normalnih prehranjevalnih navadah praviloma ne pride do prevelikega ali premajhnega vnosa tekočin. Obstaja pa utemeljen dvom,

da se starostniki, ki imajo akutne in kronične bolezni, neugodne življenjske pogoje, vključno s socialno izolacijo in slabim ekonomskim stanjem, zdravo in zadovoljivo prehranjujejo (Pokorn, 2005a, 177). Med pomankljivim vnosom hrane in dehidracijo obstaja močna povezava, saj kar do 70% zahtevanega dnevnega vnosa tekočine lahko dosežemo s pravilno izbiro prehrane, v kateri imata pomembno mesto sadje in zelenjava, ki vsebujeta velike količine vode in vitaminov. Podhranjenost in dehidracija sta dva vidika prehrane, ki sta pogosto težava v populaciji starostnikov. Vsako zmanjšanje količine zaužite hrane, neizogibno spremlja tudi pomanjkanje vode (Ferry, 2005, 23).

Za oceno prehranskega in tekočinskega statusa pri starostniku, ki živi v institucionalnem varstvu, kakor tudi starostniku, ki živi v domačem okolju, se lahko uporabljajo v ta namen razvita orodja, kot na primer, vprašalnik za ocenitev prehranskega statusa (The Nutritional Screening Initiative Checklist) (Wallace, 2004, 60) (Tabela 2).

Tabela 2: Vprašalnik za ocenitev prehranskega statusa.

Ocenitev prehranskega statusa	Točke
Imam bolezen/stanje, zaradi katerega sem spremenil vrsto ali količino hrane, ki jo zaužijem.	2
Zaužijem manj kot dva obroka dnevno.	3
Zaužijem nekaj sadja ali zelenjave ali mlečnih izdelkov.	2
Skoraj vsak dan spijem tri ali več piv, kozarec likerja ali vina.	2
Imam težave z zobmi ali ustno votlino, zaradi katerih težko jem.	2
Pogosto nimam dovolj denarja, da bi si kupil/a potrebno hrano.	4
Večino časa jem sam/a.	1
Jemljam tri ali več zdravil (predpisana ali dostopna v prosti prodaji).	1
Ne da bi si to želel/a, sem v zadnjih šestih mesecih pridobil/a ali izgubil/a 5 kg.	2
Pogosto fizično-telesno nisem sposoben/na za nakupovanje, kuhanje ali prehranjevanje.	2
SKUPNO ŠTEVILO TOČK	–

Vir: Wallace, 2004, 60.

Točkovanje za oceno prehranskega statusa poteka tako, da se ob pozitivnem odgovoru obkroži število točk, ki pripadajo vprašanju. Vse točke se na koncu seštejejo in predstavljajo rezultat vprašalnika. Od 0 do 2 točki je dober prehranski status; od 3 do 5 točk predstavlja zmerno tveganje za slabo prehranjenost; seštevek 6 ali več točk pa visoko tveganje za slabo prehranjenost (Wallace, 2004, 60).

Da bi ob ustrezni prehrani zadostili potrebam po tekočini, Pokorn (2005a, 83) priporoča, da starostniku ob zmernih klimatskih pogojih ponudimo do 8 kozarcev (1,5 l) napitkov (vode ali čaja) na dan, ki naj jih enakomerno popije tekom dneva, v

kolikor nima zaradi bolezni predpisanih omejitev uživanja tekočine. Zahtevano količino vode definira kot količino, potrebno za vzdrževanje homeostaze. Lindeman in drugi (2000, 361), ki so proučevali vnos tekočin pri 796 starostnikih, statistično značilnih razlik v koncentraciji natrija, sečnine, kreatinina v krvi, vrednosti krvnega tlaka, pogostosti zaprtja ali utrujenosti med starostniki, ki so spili 3-5 kozarcev na dan, in tistimi, ki so spili 6 ali več kozarcev, niso ugotovili. Te ugotovitve kažejo, da količina zaužite tekočine ni zveličaven napovednik sprememb v telesu starostnika ali sprememb v njegovi klinični sliki. Napeljuje pa k razmišljanju, da je potrebno količino zaužite tekočine prilagoditi vsakemu posamezniku glede na telesno konstitucijo, njegovo aktivnost, klimatske razmere in zdravstveno stanje. Pri visoki porabi energije, v vročini, pri suhem in hladnem zraku, pri preveliki količini zaužite soli, velikem vnosu beljakovin in stanjih, kot so driska, bruhanje, povišana telesna temperatura in druga, se potrebe po tekočini še dodatno povečajo (Abdallah, 2009, 56; Pokorn, 2005a, 193). Če povečanim potrebam po tekočini ne sledimo, lahko hitro pride do dehidracije, ne da bi se starostnik tega sploh zavedal. Pri starostnikih, ki so potencialno ogroženi za dehidracijo, je potrebo voditi dnevno bilanco vnesene in izločene tekočine. Na težave naletimo, kadar gre za izločanje in odvajanje v postelji, ki je neprijetno in predstavlja veliko zadrego za nepomičnega starostnika kakor tudi za oskrbovalca, ki želi voditi bilanco izločene tekočine. Spremljanje ravnovesja tekočin pri starostnikih, vključno z izločanjem seča, ni enostavno, še posebej, če je starostnik omejen v mobilnosti in/ali trpi za inkontinenco. Tehtanje starostnika je v takšnih primerih pomembna in izvedljiva metoda za spremljanje ravnovesja telesne tekočine (Schols in drugi, 2009, 153). Skupna telesna teža je vsota telesne tekočine, maščobe, mišic, organov in kosti. Ker je tekočina komponenta telesne teže, ki se najhitreje spreminja, se bistvena sprememba telesne mase v nekaj dnevih najbolj neposredno nanaša na status tekočine in je lahko v veliko pomoč pri ugotavljanju dehidracije in kontrole rehidracijske terapije (Cheuvront in drugi, 2010, 566).

3.1.3 Izločanje in odvajanje

Izločanje in odvajanje je življenjska aktivnost, ki omogoča odstranitev odpadnih produktov prebave. Je intimno dogajanje posameznika, na katerega imajo vpliv številni dejavniki: prehrana, zaužita tekočina, delovanje notranjih organov, gibanje, kultura, vzgoja in okolje. Izločanje in odvajanje je odvisno od zaužite hrane in tekočine, delovanja ledvic ter srca in ožilja. Spremembe pri izločanju in odvajanju, ki odstopajo od normale, lahko pomenijo resno obolenje. Seč (urin) je tekočina, ki jo izločajo ledvice in je sestavljen iz vode, sečnine (ureje), sečne kisline, soli, mineralov, encimov in drugih snovi. Z naraščajočo starostjo se zaradi okvarjene sposobnosti ledvične funkcije in otopele občutljivosti na antidiuretični hormon (ADH)¹⁹ zmanjšuje zmožnosti koncentracije urina v ledvicah, zato se nadzor nad izločeno tekočino in elektroliti zmanjšuje, to pa predstavlja večje tveganje za dehidracijo (Wilson, 2006, 321). Normalna količina izločenega urina je nekje med 1000 - 2000 ml v štirih do šestih izločanjih dnevno in je odvisna predvsem od zaužite količine tekočine. Videz normalnega urina je bister, blede rumen. Pri izločanju urina opazujemo njegovo količino, vonj, primesi in barvo. Spremljanje sprememb v barvi urina je lahko v pomoč pri nadzoru hidracije, saj je barva urina

¹⁹ ADH je hormon, ki ga proizvaja hipofiza in ima glavno vlogo pri uravnavanju koncentriranja urina (Lindič in Kveder, 2005, 953).

dober kazalnik hidracije. Temnejši kot je urin, slabša je hidracija. Za določitev barvnega spektra lahko uporabimo urinsko skalo. Urinska skala ima osem standardnih barv, od blede slamnate: 1 do zelenkasto rjave: 8. Urin, ki je blede slamnate barve, običajno kaže na normalen hidracijski status, zelenkasto rjav pa na dehidracijo (Mentes, 2006a, 46). Seveda pa moramo biti pozorni tudi na druge motnje izločanja, kot je boleče uriniranje, zmanjšan pritisk v mehurju ali uriniranje po kapljicah, pogosto uriniranje v majhnih ali velikih količinah, nepopolno praznjenje mehurja, popolni zastoj ali uhajanje urina. Prav zaradi uhajanja urina starostniki velikokrat sami omejijo uživanje tekočin in s tem tvegajo tekočinski primanjkljaj. Za zmanjševanje tveganja za dehidracijo je pri starostniku potrebno nadzorovati tudi odvajanje blata. Proces tvorbe blata se odvija predvsem v debelem črevesu. Blato človek normalno odvaja enkrat do dvakrat na dan. Količina izločenega blata pri odraslem človeku je 250 gramov na dan in je odvisna od količine in kakovosti zaužite hrane. Blato je sestavljeno iz 70% vode in 30% čvrstih snovi. Je rjave barve, različnih konsistenc in oblik (Ratnaike in drugi, 2000, 210). Pri odvajanju blata opazujemo barvo, konsistenco, obliko, pogostost izločanja, količino, vonj in primesi. Bolezensko spremenjeno blato močno zaudarja, lahko je grudasto, kašasto, mazavo, vodeno, penasto, v obliki bobkov ali zelo tanko. V njem lahko opazimo primesi: neprebavljena hrana, gnoj, paraziti in sveža ali prebavljena kri (melena). Nepravilnosti pri pogostosti odvajanja blata so male količine blata, driska, inkontinenca blata in zaprtje. Razširjenost zaprtja je med starostniki v primerjavi z mladimi večja in po 65. letu starosti narašča. Pojavljanje zaprtja med starostniki je pogosta težava. Večino primerov zaprtja pri starostnikih predstavljajo sekundarni stranski učinki zdravil in ne bolezni ali spremenjena motiliteta prebavnega trakta kot posledice starostnih sprememb na črevesju (Ratnaike in drugi, 2000, 210-213). Etiologija zaprtja je obsežna, od prehranskih vzrokov (zmanjšan vnos hrane, zmanjšana količina vlaknin, zmanjšana količina tekočine), sistemskih bolezni (lezije hrbtnjače, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen), lokalnih poškodb (analne lezije, preležanine, razpoke, hemoroidi), presnovnih motenj, motnj elektrolitov (hiperkalcijemija, hipokalijemija), hipotiroidizma, malignih bolezni in posledice uživanja zdravil. Lahko pa so vzroki tudi psihosocialni (omejen dostop do stranišča, pomanjkanje zasebnosti, posebej kadar je potrebno odvajati v nočno posodo v postelji) in neustrezna anogenitalna higiena pri nepomičnih starostnikih (Woodward 2002, 38). Za odpravljanje težav pri zaprtju se pogosto uporabljajo različna odvajala, ki pa so praviloma hiperosmolarna in delujejo tako, da spodbudijo prehod vode iz telesa (celic) v črevesje. S tem se poveča vsebnost vode v blatu in dodatno povečuje nevarnost dehidracije. Zavaljo tega moramo biti pri starostnikih, ki imajo težave z odvajanjem blata, ob uporabi laksativov previdni.

3.1.4 Gibanje in ustrezna lega

»Ohranjanje aktivnosti starejših ljudi na vseh področjih in povečevanje števila let, ki jih preživijo v zdravju, kakor tudi visoka raven samooskrbe, so prav gotovo cilji, ki bi si jih morala postaviti sodobna družba« (Železnik, 2010, 30). Za človekovo samostojno in neodvisno življenje je zmožnost gibanja izjemnega pomena, saj je gibalna aktivnost ob prehranskih navadah ključni dejavnik zdravega staranja, ki starostnikom omogočata vzdrževati telesno in duševno zdravje, ter jih varuje pred pojavom kroničnih bolezni (Zurc in drugi, 2015, 10). Zmožnost gibanja, ki se pri starostnikih z leti zmanjšuje, spada med najpogostejše motnje in pomembno vpliva

na starostnikove aktivnosti. Motorične sposobnosti upadajo, pojavijo se slaba drža, zmanjšana gibljivost in upad mišičnega tonusa zaradi česar je motena njihova vsakdanja dejavnost (Godec in Omejc, 2004, 780). Vse pogosteje se pojavljajo zdravstvene težave, ki zmanjšujejo sposobnost samostojnega izvajanja vsakodnevnih opravil in dejavnosti, kot je sodelovanje v družinskem življenju ter vključevanje v družbo (Pečjak, 2007, 59). Čeprav zmanjšanje sposobnosti organizma nastopi tako pri neaktivnih kakor tudi pri aktivnih osebah, redna telesna aktivnost upočasni fizično kot tudi duševno staranje. Telesna aktivnost izboljšuje telesno pripravljenost in zdravje, varuje pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni, krepi kosti in mišice, vzdržuje psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije ter pomaga pri povečevanju samozavesti (Pečjak 2007, 61). Skrb za redno telesno aktivnost izboljšuje starostnikovo telesno in psihosocialno zdravje. Nasprotno vodi v prezgodnje staranje, zato je pomembno, da starostnika spodbujamo k samostojnosti pri gibanju in izboljševanju funkcijskih sposobnosti. Pomemben vidik skrbi za starostnikove gibalne funkcije je obvladovanje bolečin, saj imajo kronične bolečine in zaradi bolečin zmanjšana pomičnost starostnika pomemben vpliv na vnos tekočine. Mentis (2006a, 43) v svoji raziskavi ugotavlja, da nekateri funkcionalno in kognitivno še sposobni starostniki namenoma omejijo vnos tekočin, da se zmanjša potreba po uriniranju. S tem se izognejo obiskom stranišča ponoči, ker jih preveva strah pred padci. Spremembe v mobilnosti starostnika sovpadajo z zmanjšanim dostopom do tekočine in so lahko ključni dejavnik pri presoji, ali starostnik uživa dovolj tekočine (Simmons in drugi, 2001, 927).

4 VZROKI ZA NEZADOSTEN VNOS TEKOČINE PRI STAROSTNKU

S starostjo se pojavijo fiziološke spremembe in te naredijo telo manj sposobno vzdrževanja homeostaze. To pa ne vpliva le na vodno bilanco, ampak tudi termoregulacijo in druge sisteme, ki sodelujejo pri vzdrževanju fiziološkega ravnovesja. Vzrokov in dejavnikov za nezadosten vnos tekočine pri starostnikih je veliko in so različni, predvsem pa še vedno relativno slabo raziskani. Abdallah in drugi (2009, 52) so jih strnili v tri večje skupine. Nezadosten vnos tekočine pri starostnikih tako pripisujejo kliničnim, institucijskim in sociokulturnim dejavnikom.

- **Klinični dejavniki:** (nediagnosticirana disfagija, kognitivne in funkcionalne okvare, nezadostna kontrola bolečin, vplivi, ki izhajajo iz medicinske prakse).
- **Institucijski dejavniki:** (nezadostno število zaposlenih, nezadostna izobrazba, pomanjkanje nadzora).
- **Sociokulturni dejavniki:** (pomanjkanje socialne pomoči oskrbovalcev in svojcev, šibka socialna omrežja, neupoštevanje želja po izbrani priljubljeni pijači) (Kayser-Jones in drugi, 1999, 1191).

V naslednjih poglavjih bomo predstavili nekaj najpomembnejših dejavnikov za nezadosten vnos tekočine iz omenjenih skupin.

4.1 Klinični dejavniki, ki vplivajo na starostnikovo tekočinsko ravnovesje

Med najpogostejše klinične dejavnike, ki vplivajo na starostnikovo tekočinsko neravnovesje, spadajo kognitivne in funkcionalne motnje in različni negativni vplivi, ki izhajajo iz medicinske prakse (Schols in drugi, 2009,151). Nevrološka disfunkcija pri dehidriranih starostnikih se lahko kaže kot delirij, omotica, ponavljajoči se padci, ki posledično povzročijo zaplete, kot so zlom kolka ali travmatske poškodbe možganov (Wilson, 2006, 324). Palmisano-Mills (2007, 49) ugotavlja, da je dehidracija tesno povezana z upadom kognitivnih in funkcionalnih sposobnosti starostnika, katerih vplivi so lahko obojestranski. Kot lahko upad kognitivnih in funkcionalnih sposobnosti vpliva na pojavnost dehidracije pri starostniku, tako lahko tudi dehidracija vpliva na zmanjšano kognitivno in funkcionalno delovanje starostnika (Wilson in Morley, 2003, 26). Kognitivne motnje, ki se pojavljajo v starosti, so komunikacijske težave, zmanjšan občutek za žejo, zmedenost in demenca, ki je najpogostejša kognitivna motnja v starosti. Starostniki, ki so hranjeni oralno in so dementni, imajo primerjalno višjo razširjenost nezadostnega tekočinskega vnosa Wu in drugi (2010, 588).

4.1.1 Demenca

Demenca je najpogostejša bolezen starostnikov, ki jo spremlja zmanjšanje sposobnosti obvladovanja čustev, socialnega življenja in vsakodnevnih aktivnosti. Le-ta se lahko stopnjuje do popolne nesposobnosti za samostojno življenje in vodi v odvisnost od tuje pomoči. Nekoč se je na veliko uporabljala beseda senilnost, saj je prevladovalo prepričanje, da je mentalni upad neizogiben del staranja. Pojem senilnosti je stigmatiziral starost, kar se sedaj prav tako dogaja z besedo demenca, ki je sindrom, opredeljen z izgubo funkcij v kognitivnih področjih, povzročenih z možgansko boleznijo (Pečjak, 2007, 173). Demenca je kronični napredujoči proces, ki najbolj prizadene možgane in posledično kognitivne funkcije. Po definiciji predstavlja hujši upad ali celo izgubo intelektualnih in spominskih sposobnosti, pospremljenih s serijo simptomov, ki spremljajo bolezen in stanja ter vplivajo na delovanje možganov. Bolezen prizadene starostnikovo sposobnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, izgublja se v domačem okolju, ne znajde se v času, med ljudmi in v prostoru ter zanemarija lastno varnost, higieno in prehrano (Phillips, in drugi, 2010, 70). Pomeni motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti ter govornega izražanja in presoje (Grad, 2008).

World Health Organisation (2012) uvršča demenco med organske duševne motnje. Vzročni dejavniki za pojav demence so patološki procesi, ki neposredno prizadenejo nevro-biokemične strukture v možganih in ovirajo prenos informacij med posameznimi deli možganov (Grad, 2008). Obstaja več tipov demence. Glavni in najpogostejši tipi so Alzheimerjeva demenca²⁰ (najpogostejša), žilna (vaskularna) demenca in mešana demenca.

²⁰ Alzheimerjeva bolezen je vzrok za skoraj 60 - 70% vseh demenc. Odkril jo je Alois Alzheimer leta 1907 pri opazovanju možganov 51-letne bolnice, ki je trpela za dolgoletno napredujočo demenco. Alzheimerjeva bolezen in večina ostalih demenc je progresivnih in ireverzibilnih (National Institutes of Health, 2015).

Na splošno obravnavamo demenco kot blago, ko je lahko prizadeti posameznik še samostojen, zmerno, ko potrebuje podporo druge osebe pri opravljanju vsakodnevnih opravil in hudo, ko sta potrebni neprestana pomoč in podpora druge osebe (Phillips in drugi, 2010, 71). Z naraščajočo starostjo strmo narašča tudi delež obolelih. Po zadnjih podatkih v svetu živi kar 35,6 milijona oseb z demenco. Demografske napovedi pa kažejo, da bo leta 2030 njihovo število naraslo na okoli 65,7 milijona, leta 2050 pa kar na 115,4 milijona obolelih oseb (World Health Organisation, 2012).

Razvoj bolezni običajno poteka zelo prikrito in počasi napreduje skozi večletno časovno obdobje. Od prvih znakov bolezni do smrti lahko mine tudi do 20 ali več let. Začetni pozabljivosti se kmalu pridružijo še druge motnje spoznavnih sposobnosti, depresivnost, nemir, halucinacije, strah in jeza. Pojavlja se pri dveh do treh odstotkih populacije starosti 65 let, pri višji starosti pa se za vsakih 10 let delež obolelih kar potroji. Zaradi demence trpi 10% starostnikov med 65. in 70. letom, nato pogostnost s starostjo strmo raste in je dementnih skoraj polovica starejših od 85 let (Grad, 2008). Prospektivne raziskave demografskih gibanj napovedujejo, da se bo v splošni populaciji delež obolelih za demenco v dveh desetletjih povečal za kar 30% (World Health Organisation, 2012). Oboleli za demenco ob tej bolezni trpijo tudi za eno ali več drugimi boleznimi. Pri takšnih projekcijah se postavlja vprašanje, kako smo se pripravljene soočiti s tako neugodnimi napovedmi, saj je življenje z demenco huda življenjska preizkušnja za vse udeležence v medosebnih odnosih s človekom z demenco: za človeka z demenco, sorodnike, prijatelje, znance pa tudi strokovnjake, ki se z demenco poklicno ukvarjajo (Mali, 2015, 270). Bond in Corner (2001, 95) menita, da postaja demenca bolezen, ki se je starostniki najbolj bojijo, saj je sposobnost samooskrbe na področju fizičnih, psihičnih in socialnih potreb zelo zmanjšana, kar zelo negativno vpliva na kakovost življenja starostnika. Starostnik s hudo demenco ni sposoben samostojno skrbeti zase, postaja vedenjsko težaven, s svojim ravnanjem pa ogroža sebe in druge iz neposredne okolice, zato življenje z dementnim starostnikom predstavlja veliko obremenitev in stres za njegove bližnje (Grad, 2008). Mnogi svojci ne zmorejo ustrezne oskrbe starostnikov z napredujočo demenco, zato jih najpogosteje namestijo v ustanove institucionalnega varstva. Zaradi nenehnega povečevanja števila varovancev z demenco, so tudi ustanove institucionalnega varstva trčile ob velike težave, saj se prevladujoči modeli institucionalne oskrbe ne odzivajo ustrezno na potrebe ljudi z demenco (Mali, 2015, 269). Oboleli namreč potrebujejo obravnavo, ki vključuje posamezne elemente socialne usmerjenosti, s poudarkom na individualnem pristopu do posameznika in timskem delu vseh, ki se ukvarjajo z obravnavo obolelih. Obravnava mora temeljiti na spoštovanju in empatiji, s ciljem ohranjanja in spodbujanja starostnikovih dejavnosti, za ohranjanje čim večje samostojnosti (Mirc in Čuk 2010, 171). Osebi z demenco je potrebno zagotoviti okolje, v katerem se bo počutila varno in enakopravno, saj je takšna oseba izredno ranljiva. S povečanjem kognitivne degeneracije postane manj sposobna artikulirati svoje potrebe in pravice (Phillips, in drugi, 2010, 70). V tem kontekstu obravnave je poglobljen cilj podaljšanje kakovosti življenja osebe z demenco.

4.1.2 Motnje požiranja – disfagija

Pogosta in velikokrat spregledana funkcionalna motnja pri starostnikih je motnja požiranja (disfagija), ki je dokazano dejavnik tveganja za dehidracijo starostnika (Kayser-Jones, 1999, 1190). Raziskave, ki se nanašajo neposredno na starostnike z disfagijo in dehidracijo, kažejo, da je tveganje za dehidracijo pri starostnikih z disfagijo zelo veliko, ker pogosto pozabijo piti, potrebujejo več pomoči in več časa, da se nahranijo. O disfagiji govorimo, kadar je moteno žvečenje in požiranje, ob tem pa obstaja nevarnost, da hrana ali tekočina zaideta v pljuča.

Vzroki za nastanek disfagije so različni, posledice pa mnogokrat vodijo do podhranjenosti in dehidracije (Vivanti in drugi, 2008; Wotton in drugi, 2008; Jequier in Constant, 2010). Pojavlja se lahko v različnih obdobjih človekovega življenja, najpogosteje pa se pojavlja v starosti. Disfagija naj bi pestila kar 15% starejše populacije (Reginelli in drugi, 2013, 54). Funkcionalna disfagija je povezana predvsem s spremembami anatomije in fiziologije ust ter žrela v starosti. V ustih se izloča vedno manj slin, zato postajajo usta suha in je požiranje, še posebej suhe hrane, manj gladko in zatikajoče (Pečjak, 2007, 31). Motnje se pojavijo počasi in so v začetni fazi pogosto spregledane. Znaki disfagije so težave zadrževanja tekočine v ustih, kašelj po pitju, oteženo dihanje med pitjem, sprememba glasu po pitju, kašelj in zasoplost po jedi, zatikanje hrane in težave s slino. Neugotovljena disfagija je pogosto vzrok za dehidracijo, zato je prepoznavanje motenj požiranja in primerno ukrepanje bistvenega pomena za zmanjševanje težav. Pri starostnikih z disfagijo je prehranjevanje in pitje potrebno prilagoditi starostnikovim zmožnostim. Ob prisotnosti specifičnih problemov, kot so težave pri požiranju, je potrebno sprejeti ukrepe za preprečitev dehidracije (tj. posvet z logopedom in dietetikom, zgostitev pijače, itd.) (Schols in drugi 2009, 154). Nujna je krepitev organizma, da lahko starostnik sodeluje pri aktivnostih za izboljšanje požiranja. Posebej moramo biti pozorni na pravilni položaj telesa, s katerim lahko spodbudimo določene mišice in s tem olajšamo požiranje. Starostnik, ki ima motnje požiranja, se ob hranjenju in pitju počuti neprijetno in za hranjenje in pitje potrebuje veliko več časa. Izbor hrane in tekočine je odvisen od starostnikovih sposobnosti uživanja hrane v posamezni obliki, zato je potrebno stanje prehranjenosti in hidracije pri starostniku z disfagijo še natančneje spremljati.

Leibovitz in drugi (2007, 180) ugotavljajo, da so starostniki z disfagijo zelo podvrženi dehidraciji, saj lahko pogosto zaužijejo samo gosto tekočino ali zmleto hrano. Zaužitje gostih tekočin lahko daje osebi občutek sitosti hitreje kot običajna tekočina, zato lahko zmanjša zaužitje hrane. Goste tekočine so tudi manj okusne, kar še zmanjšuje njihovo zaužitje in vodi v slabo hidracijo (Mentes, 2006b, 14). Pri starostnikih je disfagija lahko znak okvare več možganskih živcev in mišičnih skupin, tako lahko ishemična ali fiziološka poškodba, ki prizadene katero koli od teh področij, moti učinkovito požiranje. Običajna stanja, kot so nevrološke bolezni (Parkinsonova bolezen ali možganske kapi), nevrološki izpadi (povzročeni z zdravili), defekti požiralnika (Zenkerjev divertikel) in upad kognitivnih sposobnosti, lahko vplivajo na požiranje starejših oseb (Tabela 3 in 4).

Tabela 3: Funkcionalni dejavniki, ki povečujejo tveganje za dehidracijo pri starostnikih v institucionalnem varstvu.

Zavestno zmanjšanje vnosa tekočin, da se zmanjša potreba po stranišču in inkontinenca.
Omejene možnosti držanja polnega kozarca.
Omejen dostop do tekočine v institucionalnem okolju.
Nezadostne količine tekočine, ponujene v času obroka in med obroki.
Motnje požiranja.
Nezadostne količine tekočine, ponujene preko sonde.

Vir: Feinsod in drugi 2004, 37.

Tabela 4: Komorbiditetni dejavniki, ki povečujejo tveganje za dehidracijo pri starostnikih v institucionalnem varstvu.

Demenca ogroža komunikacijo, sposobnost prositi za tekočine.
Nevrološke bolezni zmanjšajo učinkovitost požiranja, kar povzroči zmanjšano željo po hrani in pijači.
Artritis zmanjšuje sposobnost držanja kozarca ali skodelice.
Bolezen in splošna oslabelost povečujejo negibljivost in s tem zmanjšujejo možnost pridobivanja tekočin.
Kronična obstruktivna pljučna bolezen povečuje izgubo tekočin preko dihanja skozi usta.

Vir: Feinsod in drugi 2004, 37.

4.1.3 Zdravstveni razlogi za omejevanje tekočin pri starostniku

Med najpogostejše zdravstvene razloge za omejitev vnosa tekočin spadata kronično srčno popuščanje in kronična ledvična odpoved. V klinični praksi se takšnim bolnikom pogosto predpiše strog režim vnosa tekočin. Kadar je indiciran zmanjšan vnos tekočin ali je največji vnos tekočin precej pod normalnim nivojem, je potrebno bolniku pojasniti, zakaj je nižji vnos tekočin primeren oz. zakaj je to trenutno najboljše glede na njegovo zdravstveno stanje (Feinsod in drugi, 2004, 38). Navodila, podana bolnikom, pa so redko natančna in razumljiva ter se največkrat omejijo na opozorilo »Pijte čim manj tekočine«, čeprav tudi starostniki, pri katerih se zaradi srčnega popuščanja zahteva zmanjšanje zaužite tekočine, ne bi smeli zaužiti manj tekočine, kot je izločijo. Bolnike bi bilo potrebno poučiti in opozoriti, da je za doseganje ravnotežja med vnosom in izločanjem tekočin potrebno natančno beleženje vnosa in izločanja tekočin in redno tehtanje telesne teže, ki lahko z hitrimi spremembami opozori na premajhen ali na prevelik vnos tekočin.

4.1.3.1 Srčno popuščanje

Med organske sisteme, ki so najbolj podvrženi degenerativnim procesom, spada srce z ožiljem. Srčno-žilna obolenja so v razvitem svetu najpogostejši vzrok

umrljivosti.²¹ S staranjem prebivalstva se povečuje tudi število bolnikov s srčnim popuščanjem. Srčno popuščanje je opredeljeno kot stanje, pri katerem srce ne zmore zagotoviti potrebnega prečrpavanja krvi glede na presnovne potrebe organizma. V Sloveniji je v celotni populaciji pojavnost srčnega popuščanja ocenjena na en odstotek (Štajer in Koželj, 2005, 54-115). Pri obolelih s srčnim popuščanjem je za preprečevanje hiperhidracije pogosto potrebna omejitev uživanja tekočin, ker telo ne more izločiti zadovoljive količine tekočine iz telesa. Preveč vode v telesu se kaže s povečano telesno težo, otekanjem, težkim dihanjem in zvišanim krvnim tlakom. Ugotoviti primerno količino tekočine, ki naj bi jo starostnik dnevno zaužil, je pri bolnikih s srčnim popuščanjem pogosto težavno, a zelo pomembno. Holst in drugi (2008, 2324) menijo, da omejevanje tekočin v stabilni fazi srčnega popuščanja nima pomembnih kliničnih koristi in zato predlagajo manj strog režim vnosa tekočin pri bolnikih s stabilnim kroničnim srčnim popuščanjem. Tako lahko starostnika obvarujemo pretirane žeje in preprečimo dehidracijo, pojav hemokoncentracije, povečane viskoznosti krvi, kar povečuje tveganje za globoko vensko trombozo in številne druge srčno-žilne zaplete. Seveda pa je potrebno starostnika skrbno spremljati zaradi pravočasnega zaznavanja simptomov akutnega srčnega popuščanja, kot so pridobivanje na telesni teži, edemi nog, prekomerno polnjene vratne vene ali zadihanost. Zadihanost, utrujenost, zmanjšana fizična zmogljivost in periferni edemi so najpogostejši klinični simptomi kroničnega srčnega popuščanja. Še en pogost, s strani bolnikov opisan kot zelo problematičen simptom, pa je zaradi preveč strogo predpisane omejitve tekočine, žeja (Holst in drugi 2008, 2319).

4.1.3.2 Ledvična odpoved

Staranje je povezano s številnimi fiziološkimi spremembami organov, ki povečujejo dovzetnost za različne bolezni, med drugimi tudi bolezni ledvic, v katerih se s starostjo pojavijo funkcionalne in strukturne spremembe in izguba delovanja nefronov kot del normalnega staranja (Bevc in drugi, 2013, 17). Ledvice odraslih pri 30. letih tehtajo od 150 do 300 gramov, v starosti pa teža pade za 30 do 40%. Tako kot velikost se zmanjšuje tudi ledvični pretok krvi in hitrost glomerulne filtracije. Zmanjša se sposobnost koncentriranja urina, izločanja kalija in ohranjanja natrija v serumu (Larson, 2003, 306). Ledvice so najpomembnejši organ za uravnavanje količine zunajcelične tekočine, izločanja vode in ravnovesja soli. Normalno vsak dan prefiltrirajo velike količine natrijevega klorida in ga večino pošljejo nazaj v krvni obtok. V povprečju ledvice tekom življenja prefiltrirajo več kot tri milijone litrov vode. Ledvice morajo neprestano izločati vsaj minimalno količino tekočine (tudi pri dehidriranih ljudeh), da lahko telo izloči presežne količine s telesno presnovo proizvedene topljence v telesni tekočini. Zdrave ledvice tudi v starosti učinkovito vzdržujejo ravnovesje tekočinske bilance, vendar se težje prilagajajo na tekočinsko preobilje ali tekočinsko omejitev. Natančna ocena ledvičnega delovanja je zato pri starostnikih še kako pomembna. Ob spoznanju pomanjkljivosti ocenjevanja ledvične funkcije na podlagi serumskih koncentracij kreatinina, smernice priporočajo oceno ledvičnega delovanja z oceno glomerulne filtracije s pomočjo različnih enačb (Bevc in drugi, 2011, 261-268; KDIGO, 2013, 136-150). Z upadom ledvične funkcije se poruši tudi homeostaza izločanja in

²¹ Dejavniki tveganja za srčno žilne bolezni so zvišan krvni tlak (arterijska hipertenzija), sladkorna bolezen (diabetes) in povečana koncentracija maščob ali holesterola v krvi (hiperlipidemija), čezmerna telesna teža, kajenje, telesna neaktivnost, stres, spol in starost (Štajer in Koželj, 2005, 55).

zadrževanja zadovoljivih količin vode in elektrolitov v telesu, kar lahko privede do nastanka elektrolitskih motenj in razvoja dehidracije (hipovolemija) ali preobremenitve s tekočino (hipervolemije). Avtoregulacijski mehanizmi omogočajo stabilen pretok krvi skozi ledvice pri sistoličnem krvnem tlaku 80-180 mmHg. Če sistolični krvni tlak pade pod 80 mmHg, se zmanjša pretok, kar lahko sproži ledvično odpovedovanje. Najboljša zaščita ledvic je vzdrževanje perfuzije do organa. Zato je izogibanje znižanju krvnega tlaka pod 80 mmHg in neustrezni hidraciji najpomembnejši element pri ohranjanju optimalnega ledvičnega pretoka (Larson, 2003, 307). Pri starostnikih moramo biti še posebej pozorni na količino in barvo izločenega urina, ki je lahko prvi znak porušenega ravnotežja vodne bilance zaradi zmanjšane funkcije ledvic (Avguštin in Lindič, 2014, 463-479).

4.2 Institucijski dejavniki, ki vplivajo na starostnikovo tekočinsko ravnovesje

Premestitev starostnika iz domačega okolja v institucijo lahko pri starostniku povzroči stres in poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja. Naravnost osebja na institucijska pravila in ne na človeka-stanovalca, stres in z njim povezane težave pri starostnikih samo še poglobljajo. Težave se kažejo v obliki fizioloških, psiholoških in socialnih motenj s simptomi, kot so socialna izolacija, tesnoba, zmedenost, anoreksija, hujšanje in dehidracija (Walker in drugi, 2007, 40). Nezdosten vnos tekočin je v ustanovah institucionalnega varstva znan problem pri starostnikih, vendar so študije rizičnih dejavnikov nezadostnega vnosa tekočin in dehidracije le poredko raziskovane v podrobnosti. Wu in drugi (2010, 587) kot vzroke za pogosto dehidracijo starostnikov v institucionalnem varstvu navajajo minimalno število zaposlenih, pomanjkljivo izobrazbo in slab nadzor. Predvsem pa vidijo vzrok v preobremenjenosti negovalnega osebja, ki ni zmožno zagotavljati nadzora nad vnosom tekočine, saj imajo bolj »vidne« negovalne intervencije, kot so nega in čistoča, prednost pred manj »vidnimi«, kot je skrb za učinkovito hidracijo. Tako tudi Ferry (2005, 23) vidi vzroke za slabo hidracijo starostnikov v slabem dostopu do tekočine in neuspehu negovalcev zagotoviti starostnikom dovolj hrane in tekočine. Mnogokrat si osebje ne vzame dovolj časa za ustrezno hranjenje, zato se starostnika hrani hitro in v neustreznem položaju. Čeprav naj bi ustrezno hranjenje starostnika pri glavnem obroku, po ugotovitvah Simmons in Schnelle (2006, 919), trajalo približno trideset minut, pa v praksi traja le od pet do največ deset minut. Negativen vpliv institucijskih dejavnikov lahko vidimo tudi pri drugih vidikih oskrbe. V Veliki Britaniji so ugotovili, da imajo starostniki, ki živijo v institucionalnem varstvu, v primerjavi s starostniki, ki živijo v domači oskrbi, redkeje izvedene potrebne diagnostične preiskave, slabši nadzor nad kroničnimi boleznimi, pogosteje pa imajo predpisana neustrezna ali nepotrebna zdravila, kar prav tako vodi v pogosto dehidracijo (Fahey in drugi, 2003, 580-583). Številna zdravila lahko povečajo izgubo tekočin (diuretiki in odvajala), ogrožajo ledvično funkcijo (nesteroidna protivnetna zdravila), in/ali zmanjšujejo občutek žeje (fenotiazini, nevroleptiki, hipnotiki). Prav tako ne smemo podceniti izgube tekočine, ki je povezana z okoljem in vremenskimi vplivi. Vročina v slabo klimatiziranih prostorih v poletnih mesecih in suh zrak, zaradi ogrevanja v zimskem času, povzročata dodatno izgubo tekočine (Larson, 2003, 309).

4.2.1 Finančna in kadrovska podhranjenost socialno varstvenih institucij

Zaradi vedno večjega števila težko bolnih starostnikov v institucionalnem varstvu se je znatno povečala potreba po povečanem številu strokovnega kadra, ki naj bi izvajal aktivnosti zdravstvene nege v smislu zagotavljanja kakovostnega življenja starejših ljudi brez bolečin, brez nelagodnosti, strahu, žalosti, zapuščenosti, z upoštevanjem človeškega dostojanstva in duševnega miru (Železnik in drugi, 2013, 1).

Osnovna naloga socialno varstvenih institucij, ob osnovni oskrbi, je nudenje socialne oskrbe, posebnih oblik varstva osebam z motnjami v duševnem in telesnem razvoju in zdravstvena oskrba po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Število oskrbovancev v institucionalnem varstvu v Sloveniji permanentno narašča in je od leta 2000 do leta 2011 naraslo za 43% (Grm in Rejec, 2013).

V letu 2012 je bilo v ustanovah institucionalnega varstva nastanjenih 17.429 starostnikov, od tega 4.532 moških in 12.897 žensk. Zanje je skrbelo 3.130 zaposlenih v zdravstveni in negovalni dejavnosti, kamor se prištevajo specialni pedagogi, defektologi, psihologi, zdravstveno osebje, varuhi, negovalci in vzgojitelji (Statistični urad RS, 2013). V povprečju za štiri varovance skrbita po en oskrbovalec in en zdravstveni delavec (Tomše, 2013). Ob povečevanju kapacitet v socialnovarstvenih zavodih in zmanjševanju financiranja zdravstvene dejavnosti se vztrajno zmanjšuje razmerje med številom zdravstvenega kadra in številom oskrbovancev. Razmerje se je od leta 2008 poslabšalo z enega zaposlenega zdravstvenega delavca na 3,72 oskrbovanca, na enega zaposlenega na 4,1 oskrbovanca (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2014). Kadrovske težave izhajajo iz zastarelih normativov, ki so bili postavljeni pred več kot tridesetimi leti, v tem času pa se je zahtevnost obravnave starostnikov zelo povečala. Negativni trendi že zastarelih kadrovskih normativov, tako v zdravstveni dejavnosti kot v oskrbnih dejavnostih, komajda omogočajo stabilno izvajanje dejavnosti. Ob tem pa Zavod za zdravstvo zavarovanje še znižuje finančna sredstva za storitve, ki jih v ustanovah institucionalnega varstva opravijo za starostnike (Kocmur, 2015). Pogosto se dogaja, da sredstva, ki so na voljo za varovanca, ne pokrijejo vseh stroškov, predvsem kadar je potrebno nuditi zdravstvene storitve, ki jih nato zdravstvena zavarovalnica ne plača, s pojasnilom, da storitev ni bila nujna. V posameznih ustanovah institucionalnega varstva kadrovske stiske rešujejo s pomočjo programa prostovoljstva in poskušajo na tak način kompenzirati pomanjkanje finančnih sredstev. V timu zdravstvene nege in oskrbe zato največje število zaposlenih predstavljajo bolničarji. Ker bolničarji praviloma delujejo kot pomočniki, za institucijo predstavljajo najcenejšo delovno silo. Žal tudi večina bolj izobraženega kadra nima specifičnih znanj s področja zdravstvene nege starostnika in gerontologije (Testad in drugi, 2005, 587-590). Takšen način dela botruje neustreznemu strokovnemu nivoju negovalnega osebja in ne zagotavlja kakovosti storitev po predpisanih standardih in normativih. Veliko institucij je primoranih delati z omejenim številom osebja, še posebno v poletnih mesecih, ko je čas dopustov, kar velikokrat rešujejo s programom prostovoljstva, kar bi moralo biti zgolj dodana vrednost, ne pa reševanje kadrovskih stisk. Mueller in drugi (2006, 80), ki so raziskovali problematiko nezadostnega števila osebja v 50 institucijah za oskrbo starostnikov, in Castle (2008, 375), ki je analiziral 70 raziskav različnih avtorjev, so ugotovili, da med kakovostjo oskrbe in številom

osebja obstaja določena povezava, vendar po njihovem mnenju nesistemske povečanje števila osebja ne privede vedno do višje kakovosti oskrbe in kakovosti življenja institucionaliziranih starostnikov. Ugotovili so, da imajo faktorji, ki so povezani z osebjem; način nege, organizirana oskrba, uporaba tehnologije, kakovostno vodenje in nadzor, veliko bolj pozitiven vpliv na kakovost oskrbe starostnikov, kakor samo povečanje števila zaposlenih. Glede na izsledke omenjenih raziskav smo mnenja, da so za kakovostno obravnavo starostnikov v našem okolju potrebne zakonodajne spremembe financiranja, kadrovske normativov, predvsem pa dvig nivoja strokovne izobrazbe osebja v institucionalnem varstvu.

Seveda pa finančnih težav nimajo samo institucije. Ob trenutnem finančnem položaju v Sloveniji si tudi starostniki in njihovi svojci težko privoščijo plačilo institucionalne oskrbe. Kljub povečevanju števila starostnikov, potrebnih institucionalne oskrbe, število starostnikov zainteresiranih za bivanje v institucijah zaradi nezmožnosti plačevanja institucionalnih storitev, upada (Tomše, 2013). Če smo še pred kratkim govorili o tem, da doplačevanje institucionalne oskrbe starostnika pomeni veliko obremenitev za družino, pa smo danes priča, da svojci, ki so ostali brez dohodkov, vzamejo starostnika iz institucije, da se preživljajo z njegovo pokojnino (Železnik, 2014, 14). Zastavlja se vprašanje, zakaj človek, ki je delal štirideset let in prispeval v pokojninsko blagajno, ne dobi pokojnine, s katero bi lahko pokrival stroške vsaj osnovne institucionalne oskrbe, kamor spada bivanje, prehrana, čiščenje, pranje in uporaba skupnih prostorov.²² Vse, kar ne spada v osnovno oskrbo, morajo stanovalci doplačati, tudi če potrebujejo le dodatno plenico ali imajo predpisano dietno prehrano. Cena in čakalna doba za sprejem v institucionalno varstvo je odvisna od zdravstvenega stanja bodočega stanovalca in je najdaljša na oddelkih za stanovalce z demenco, kjer so tudi cene storitev najvišje. Cene socialno varstvenih storitev se oblikujejo na podlagi Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev (Ur.l. RS, 2006), katerega elementi so:

- stroški dela,
- stroški materiala in storitev,
- stroški amortizacije,
- stroški investicijskega vzdrževanja,
- stroški financiranja.

Cene storitev se določajo po posameznih skupinah uporabnikov, ki se delijo v različne kategorije oskrbe za osebe starejše od 65 let:

- **oskrba I** za osebe, ki zaradi starosti ali drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči,
- **oskrba II** za osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči,

²² Cena oskrbe za bivanje v dvoposteljni sobi v javnem zavodu znaša približno 27 evrov na dan, pri zasebnih izvajalcih pa še nekoliko več. Cena se zvišuje glede na bivanjski standard in kategorijo oskrbe. Za izvajanje zdravstvene nege Zavod za zdravstveno zavarovanje prispeva 14 evrov (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2014).

- **oskrba III** za osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč, in sicer: za osebe, ki potrebujejo neposredno osebno pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb, za najtežje prizadete osebe,
- **oskrba IV** za osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor (oskrba dementnih oseb) (Ur.l. RS, 2006).

Za določanje kadrovskih normativov za opravljanje socialno varstvenih storitev po Pravilniku o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (Ur.l. RS, 2010), ki ureja standarde in normative socialno varstvenih storitev, se uporablja ocena sposobnosti samooskrbe in aktivnosti zdravstvene nege po treh kategorijah zahtevnosti glede na sposobnost samooskrbe oskrbovanca pri zagotavljanju življenjskih aktivnosti in dnevno porabo časa zdravstveno negovalnega tima:

- **zdravstvena nega I:** storitve se praviloma nanašajo na pomične oskrbovance, to so lažje duševno motene osebe, stabilni kronični bolniki in vsi tisti, ki jim nudimo splošen nadzor, izvajamo pri njih zdravstveno vzgojno delo in jim zagotavljamo zdravstvene storitve,
- **zdravstvena nega II:** storitve se praviloma nanašajo na delno pomične, delno inkontinentne, oskrbovance s srednjo stopnjo demence in ne psihotičnimi duševnimi motnjami, nestabilne somatske kronične oskrbovance, oskrbovance po amputacijah okončin, ki jim poleg splošnega nadzora in zdravstveno vzgojnega dela zagotavljamo zdravstvene storitve,
- **zdravstvena nega III:** storitve se praviloma nanašajo na nepomične bolnike, ki so odvisni od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma obeh. Vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno z potrebo po varovanju; potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah; to skupino opredeljuje predvsem povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravnikovih naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure (Ur.l. RS, 2010).

V raziskavo so bili vključeni stanovalci sedmih ustanov institucionalnega varstva in dveh oddaljenih/dislociranih enot v Mariboru in okolici (Tabela 5).

Tabela 5: Ustanove institucionalnega varstva v Mariboru in okolici.

Ustanova	Dom Danice Vogrinec Pobrežje	Dom Danice Vogrinec Tabor	Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	Dom dr. Jožeta Potrča Slovenska Bistrica	Dom Idila	Dom sv. Lenarta	Dom Tezno	Sončni dom	Dom pod Gorco
Število uporabnikov (moš./žen.)	548 (108/440)	191 (42/149)	230 (71/159)	122 (38/84)	155 (80/95)	165 (41/126)	228 (51/177)	151 (50/101)	138 (45/93)
Oskrba I	104 (23/81)	43 (14/29)	71 (30/41)	46 (17/29)	19 (11/8)	31 (11/20)	55 (13/41)	33 (?/?)*	41 (10/31)
Oskrba II	96 (20/76)	32 (6/26)	52 (15/37)	24 (6/18)	37 (16/21)	40 (5/35)	39 (8/31)	7 (?/?)*	23 (6/17)
Oskrba III A	202 (41/161)	116 (22/94)	82 (17/65)	38 (13/25)	51 (16/35)	71 (18/53)	110 (24/86)	72 (?/?)*	43 (18/25)
Oskrba III B	0	0	14 (6/8)	4 (0/4)	11 (5/6)	0	0	2 (?/?)*	2 (2/0)
Oskrba IV	146 (24/122)	0	11 (3/8)	10 (2/8)	37 (12/25)	23 (7/16)	24 (6/18)	37 (?/?)*	29 (9/20)
Število zaposlenih v zdr./neg. slu.	137	51	121	57	41	40	69	39	31

*Ni podatka

Vir: Prirejen na osnovi podatkov socialnih služb navedenih ustanov, 2015.

Največji dom, katerega stanovalci so bili vključeni v raziskavo, je Dom Danice Vogrinec v Mariboru, ki ima kapaciteto 600 postelj, kar je za slovenske razmere relativno veliko število. Anketirali smo približno 10% stanovalcev vsake posamezne institucije. Iz podatkov Tabele 5 je razvidno, da je v predstavljenih ustanovah, v povprečju, na štiri stanovalce zaposlen en delavec zdravstveno negovalne službe. Izjema je dom dr. Jožeta Potrča Poljčane in njihova oddaljena enota Slovenska Bistrica, kjer je razmerje en zaposleni v zdravstveno negovalni službi na približno dva stanovalca, kar je močno nad slovenskim povprečjem. Generalno gledano se kaže nujna potreba po razvoju modelov oskrbe, ki bodo dolgoročno socialno in finančno vzdržni ter pravični za starostnike in vse, ki v oskrbi starostnika sodelujejo. Novi modeli morajo temeljiti na obstoječih dobrih praksah, ki jih je potrebno še nadgraditi in izboljšati njihovo stroškovno učinkovitost.

4.2.2 Strokovna usposobljenost oskrbovalcev

Neustrezna kadrovska politika in pomanjkanje finančnih sredstev v ustanovah institucionalnega varstva se najpogosteje kaže v nezadostnem številu in neustreznem strokovnem nivoju negovalnega osebja, kar vpliva na kakovost in strokovnost oskrbe. Neustrezno kadrovanje lahko povzroči številne nevšečnosti, med katere sodi tudi ne prepoznanje starostnikov z visokim tveganjem za dehidracijo (Wilson, 2006, 323). Zaradi pomanjkanja časa in znanja negovalci pogosto starostniku prehitro ponudijo pomoč, namesto da bi ga spodbujali k samostojnosti. S tem starostniku odvzamejo možnost ohranjanja neodvisnosti od drugih in skrbi zase. Pomanjkanje vztrajnosti kadra pri spodbujanju starostnikov k samostojnem hranjenju in pitju tekočin ter gibanju brez tuje pomoči, lahko poveča vedenjsko odvisnost in zmanjšuje starostnikovo samostojnost (Stabell in drugi,

2004, 677-686). Za spodbujanje in ohranjanje samostojnosti je potrebno starostniku omogočiti, da ob minimalni asistenci in verbalni spodbudi poskusi aktivnost opraviti sam in tako čim dalje ohranja sposobnost samooskrbe, ki predstavlja zelo pomemben dejavnik pri ohranjanju lastne identitete in pozitivne samopodobe (Proot in drugi, 2000, 267-276). Če želimo vzpostaviti najvišji standard psihosocialne oskrbe starostnika, moramo poskrbeti za formalne negovalce, ki morajo biti deležni sprotnega usposabljanja in psihološke podpore. Posebno pozornost je potrebno nameniti specialnim znanjem na področju geriatrije in gerontologije, saj lahko le osebe z zadostnimi in kompetentnimi znanji zadovoljijo starostnikove psihofizične potrebe. Poti do uresničevanja vodijo preko izobraževalnih programov, ki morajo biti osebju, ki dela s starostniki, zlahka dostopni, do osebja, ki kaže veliko fleksibilnost na delovnem mestu in namenja določen čas za občasne razgovore z oskrbovano osebo ter se zavzema za vključevanje formalnih in neformalnih negovalcev in skrbnikov v diskusije o problematiki posameznika, predvsem pa se kontinuirano strokovno usposablja (Phillips in drugi, 2010, 71). Motivacija za osebni razvoj in pozitivna naravnost v vsakodnevno razmišljanje o lastnem ravnanju ustvarjajo pogoje za refleksijo o lastnem delovanju in ustrežnejšem obravnavanju starostnikov, ki potrebujejo najbolj kompetentne oskrbovalce, ki razumejo, da so številne funkcionalne in psihosocialne spremembe največkrat del normalnega procesa staranja in ne zgolj bolezni ali okvare.

4.3 Socialnokulturni dejavniki, ki vplivajo na starostnikovo tekočinsko ravnovesje

Dannefer in drugi (2008, 101-108) opozarjajo na vse bolj negativni vpliv, ki ga imajo s starizmom²³ obremenjeni socialni odnosi v družbeni konstrukciji staranja in starosti. Zlasti jih skrbi, kako socialna struktura odnosa organizira zaznave in vrednote posameznika, da sprejme starostnika. Prepričani so, da ima dojemanje starostnika kot »družbeno breme« za posledico slabšo skrb, ki se zrcali v številnih težavah, med drugimi tudi v pogostem tekočinskem neravnovesju. Med sociokulturne dejavnike, ki po njihovem mnenju pomembno vplivajo na starostnikovo tekočinsko neravnovesje, prištevajo: pomanjkanje podpore s strani družine, odnos in prepričanja oskrbovalcev ter premalo pozornosti osebnim potrebam in željam starostnikov. Ker ima kulturno in psihosocialno okolje neposreden vpliv na odnos posameznika do prehranskega in tekočinskega vnosa, bomo v nadaljevanju opredelili posamezne pomembnejše vidike sociokulturnih dejavnikov, ki vplivajo na skrb in družbeni odnos do starostnika.

²³ Palmore (2001, 572) definira starizem (Ageizem) kot proces sistematičnega diskriminiranja starostnikov zgolj zato, ker so stari in je takoj za rasizmom in seksizmom tretja najpogostejša vrsta predsodkov do določene skupine ljudi. Temelji na kronološki starosti posameznika in se s procesom globalnega staranja prebivalstva samo še krepi. Kaže se v stigmatizaciji starostnikov zaradi njihovih spremenjenih psihičnih, fizičnih in socialnih sposobnosti. Nanj naletimo povsod, v medosebnih in družbenih odnosih, na področju izobraževanja, kulture, sociale, politike in zdravstva.

4.3.1 Socialna podpora s strani družine

Kakovost življenja v starosti je v veliki meri odvisna od kakovosti družinskih razmerij, ki jih je starostnik uspel ustvariti in ohraniti. Če imajo ta razmerja ljubeznive komponente, je v njih potencial, da ponudijo osnovne ideje za kreacijo raznolikih vlog za ljudi v vseh življenjskih obdobjih (Philips in drugi, 2010, 11). V postmodernih družbenih odnosih je zaradi slabe občevalne in komunikacijske usposobljenosti ljubeznivih komponent vse manj, medosebni odnosi pa so pogosto prazni in napeti (Ramovš, 2003, 341). Mnoge družine imajo starostnika v instituciji, kjer pa se njihove obveznosti ne končajo, saj v instituciji starostnik izgublja stike s perifernimi člani socialnega omrežja, kar povečuje potrebo po izbranem številu bolj intimnih vezi, zlasti z družino in bližjimi prijatelji (Šadl, 2007, 17). Družina pogosto služi kot povezava med starostniki in socialnimi institucijami. Družinski člani in drugi svojci morajo delovati kot spremljevalci kakovosti oskrbe in nege starostnika ter opozarjati na nepravilnosti, ki jih opazijo, saj starostnika najbolje poznajo in lahko negovalnemu osebju enostavneje razložijo njegove navade in potrebe (Habjanič, 2011, 40). Na ta način lahko zagotovijo negovalcem pomembne informacije tudi glede hidracijskih navad starostnika. Ob vsakem obisku pa starostniku tudi sami ponudijo nekaj tekočine. Zadostno zaužitje tekočine lahko dosežemo že s preprostim ukrepom sistematskega ponujanja priljubljene pijače in z dovolj izurjenim osebjem, ki pomoči potrebnemu starostniku pomagajo pri pitju in pravilnem položaju za prehranjevanje in pitje v postelji (Kayser-Jones in drugi, 1999, 1193). Pomanjkanje podpore družine starostniku s spremembami v mobilnosti v času obrokov negativno vpliva na količino zaužite tekočine, saj lahko velik del dnevnih potreb po tekočini dosežemo s prehrano. Starostniki pa večkrat, iz različnih razlogov, ne zaužijejo celih obrokov in s tem tvegajo nezadosten vnos tekočine. Svojce je potrebno poučiti o pomembnosti hidracije in o dejavnih tveganja za dehidracijo ter jih opomniti, naj bodo pozorni, če starostnik zavrne hrano in pijačo, saj lahko starostnik dehidrira že po enem dnevu zmanjšane vnosa hrane in tekočin. Kakovostna interakcija z družino, prijatelji in sosedi v skupnosti in v okoljih institucionalne oskrbe lahko pripomore k dobremu hidracijskemu statusu, dobremu počutju in kakovosti življenja starostnikov.

4.3.2 Odnos in prepričanja oskrbovalcev

Odnos, prepričanja in obnašanje oskrbovalcev pomembno vplivajo na vnos tekočine pri starostniku. Če oskrbovalci delajo kot ekipa, lahko dehidracijo preprečijo še preden se začne. Sociabilnost kot element empatije in enakosti v odnosih lahko vključuje visoko stopnjo zaupanja zaradi strokovne usposobljenosti izvajalcev nege in oskrbe. Po drugi strani pa se prav zaradi profesionalnega odnosa pojavlja nizka stopnja domačnosti in enakosti (Nagode, 2009, 129). Zaradi avtoritete, ki daje zaposlenim moč in nadrejenost, lahko pride tudi do zlorabe starostnikov. Predvsem gre v ustanovah institucionalne oskrbe s strani osebja najpogosteje za psihično nasilje in zanemarjanje z opuščanjem določenih opravil (Imperl, 2012, 45). Kayser Jones in drugi (1999, 1190) ugotavljajo, da osebje v institucionalnem varstvu pogosto z namernim omejevanjem vnosa tekočin zmanjšuje neželjeno uriniranje inkontinentnih starostnikov. Prav tako so zaradi pomanjkanja časa nekateri prepričani, da starostniki jedo prepočasi in jim brez prave potrebe hrano zmeljejo ali vmešajo v tekočino, da ne izgubljajo časa s hranjenjem starostnikov, ki jim grizenje in žvečenje kompaktne hrane predstavlja težavo. Kako se odzivi na takšno ravnanje prepletajo, nazorno opiše Imperl (2012,

38), v primeru, ko se negovalka zaradi pomanjkanja časa ne odzove ali ne zazna pomembne potrebe stanovalca, ta jo nato verbalno ozmerja, kar negovalko prizadene do te mere, da naslednjič starostnikovo potrebo zavestno spregleda in želenega ne opravi. Takšne interakcije so največkrat posledica podhranjenih normativnih pogojev, moralnih etiket, pomanjkljivega strokovnega znanja oskrbovalcev ter neprimernih strukturnih, organizacijskih in bivalnih pogojev. Prepričanja oskrbovalcev morajo temeljiti na prizadevanjih za spodbujanje starosti prijaznega in podpornega okolja, ki vključuje storitve za izboljšanje zadovoljstva, zdravja in vključenosti v družbo.

4.3.3 Osebnostne potrebe in želje oskrbovancev

Prevladujoče vrednote današnjega časa so neodvisnost, odgovornost zase, zasebnost, domačnost in občutek varnosti. Trendi individualne obravnave starostnika s poudarkom na kontinuirani in celostni obravnavi, kjer se v največji možni meri upošteva starostnikove potrebe in želje, zahtevajo dodatna multidisciplinarna znanja, ki so sistemsko povezana v enovito integralno gerontologijo (Ramovš, 2003, 49). V bližnji prihodnosti bo skokovito povečanje potreb po oskrbi in posebnem varstvu predstavljal generacija 80. in več letnih starostnikov. Starostniki bodo potrebovali kompetentne oskrbovalce, ki bodo razumeli, da so številne funkcionalne spremembe del normalnega procesa staranja in ne zgolj posledica bolezni. Želje varovancev in njihovih svojcev bodo verjetno zelo specifične in negovalno osebje bo moralo biti na individualne posebnosti potreb in želja uporabnika pripravljeno. Čeprav v tej zvezi največkrat govorimo o strokovnosti in profesionalnosti, pa ne smemo pozabiti, da starostniki s strani negovalcev v prvi vrsti pričakujejo prijaznost, razumevanje, pomoč, zaupnost in sposobnost poslušanja. Kadar osebje ne vzpostavi pristnega medosebnega odnosa z varovanci, sta tudi kakovost in strokovnost manj prepoznani in slabše ocenjeni. Le z razumevanjem, da ima posameznik svojo življenjsko zgodovino, v kateri so se izoblikovale njegove navade in preference, smo sposobni ceniti njegovo trenutno življenje in spoštovati njegove želje (Philips in drugi, 2010, 40). Le tako bomo lahko zasnovali in izvajali starostniku prilagojeno oskrbo, ki bo usklajena in naravnana na njegove osebne potrebe in želje.

5 TEKOČINSKO RAVNOVESJE STAROSTNIKOV

Skrb za ustrezno tekočinsko ravnovesje je ena izmed pomembnih nalog v obravnavi starostnika in je zaradi fizioloških sprememb, povezanih s staranjem, bistveno bolj kompleksna kakor pri mlajših osebah. V primerjavi z mlajšimi starostniki kažejo manjšo žejo, zmanjšano porabo tekočin s primerljivo stopnjo žeje in oslabilen mehanizem kompenzacije bilance tekočin (Wilson, 2006, 322).

Tekočinsko ravnovesje vzdržujemo z ustreznim sorazmerjem med zaužito in izločeno tekočino, s čimer pa imajo starostniki ogromno težav in zato pogoste spremembe v homeostazi tekočin. Spremembe, povezane s staranjem, vključujejo znižanje celokupne telesne vode na račun s starostjo povezane izgube mišične mase in povečanja deleža maščobnih celic, ki vsebujejo veliko manj vode kot presnovno (metabolno) aktivni organi in mišice, posledica pa je zmanjšanje znotrajceličnega (intracelularnega) volumna tekočine (Mentes, 2006a, 43; Schols

in drugi, 2009, 150). Vsebnost vode v telesu predstavlja dve tretjini fizične mase. Zmanjšanje volumna tekočine v telesu starostnika lahko v določeni meri pripišemo tudi dejstvu, da imajo starostniki pogosto različne bolezni (polimorbidnost), za zdravljenje katerih uporabljajo številna različna zdravila (polifarmacija). Polimorbidnost in polifarmacija pogosto vplivata na običajne, s starostjo povezane fiziološke spremembe v ravnovesju tekočin (Schols in drugi, 2009, 151). Med pomembne vzroke za neustrezno hidracijo starostnikov lahko prištejemo še oviran dostop do tekočine, nezmožnost izražanja žeje, zmanjšano zaznavanje žeje in odklonilen odnos do tekočine zaradi inkontinence. Ker starostniki večinoma ne čutijo žeje, jih je potrebno pogosto spodbujati k uživanju tekočin, najboljše vode, saj je voda eno od najpomembnejših hranil, ki so potrebna za delovanje številnih mehanizmov v telesu. Voda ima pomembno vlogo pri transportu in odstranjevanju presnovnih odpadnih produktov in vzdrževanju tkivnih struktur. Deluje kot gradbeni material, kot topilo, nosilec reakcije in reagent, kot nosilec hranil in odpadnih snovi, vključena je tudi v mehanizem termoregulacije (Hooper in drugi, 2014, 50). Prav tako podpira številne funkcije na celični ravni, vključno z delovanjem možganov (Jéquier in Constant, 2010, 116). Voda je bistveni element, ki podpira tako celično zdravje kot zdravje organov, zagotavlja elektrolitsko ravnotežje, delovanje ledvic, mehurja in kože ter omogoča absorpcijo in distribucijo zdravil. Skupna količina vode v telesu je približno 60% telesne teže pri moških in 52% telesne teže pri ženskah in se po 60. letu zmanjša na približno 52% pri moških in na 46% pri ženskah. Dve tretjini vode je znotrajcelične, ena tretjina pa je zunajcelična (Sheehy in drugi, 1999, 30). Povprečen dnevni vnos tekočine je 1300 ml s pitjem tekočine, 1000 ml vnesemo s hrano, 300 ml je presnovne vode, ki nastaja pri encimskih procesih (oksidacija) v celicah. Dnevno izločimo 500 ml vode s pljuči v izdihanem zraku, 400 ml z izparevanjem skozi kožo, 200 ml skozi prebavila z blatom in 1500 ml skozi ledvice s sečem (Lasan, 2002, 117) (Tabela 6).

Tabela 6: Dnevno tekočinsko ravnovesje.

Dnevni vnos tekočine		Dnevne izgube tekočine	
Pitje tekočine	1300 ml	Izdihan zrak	500 ml
Vnos s hrano	1000 ml	Izparevanje	400 ml
Oksidacija	300 ml	Prebavila in sečila	1700 ml
Vsota	2600 ml	Vsota	2600 ml

Vir: Prirejen na osnovi Lasan, 2002, 117.

Soglasja in enotnega priporočila o tem, katera količina tekočine predstavlja zadosten vnos, še vedno ni. Povprečen dnevni vnos in količino izločene tekočine različni avtorji različno opredeljujejo, se pa strinjajo, da je pomembno, da enako količino kot je zaužijemo, tudi izločimo (Vivanti, 2012, 1282). Ker ni enotnega priporočila, je ustreznost vnesene dnevne tekočine za odrasle osebe orientacijska in je bila določena s primerjavami treh uveljavljenih formul za izračun ciljne vrednosti dnevno zaužite tekočine:

- Standard 1: vnos 30 ml tekočine/kg telesne teže, (Chernoff, 1994).
- Standard 2: vnos 1 ml tekočine/kcal porabljene energije, (Food and Nutrition Board, 1989).
- Standard 3: 100 ml tekočine/kilogram telesne teže za prvih 10 kilogramov, za naslednjih 10 kg 50 ml in nadaljnji kilogrami po 15 ml tekočine, (Skipper, 1993).

Standard 3 ali tako imenovana »Skipperjeva formula« je po mnenju Mentess (2006a, 47) trenutno najbolj učinkovit standard za vzdrževanje zadostnega tekočinskega vnosa pri starostnikih ne glede na njihovo telesno težo (normalna telesna teža, podhranjenost ali prekomerna telesna teža). Vendar se ga večina oskrbovalcev v institucionalnem varstvu izogiba, saj zahteva redno tehtanje starostnikov in ločen izračun potrebne tekočine za vsakega posameznika. Številni avtorji zato priporočajo 1300 do 1700 ml tekočin, zaužitih peroralno poleg hrane dnevno, kot preprost standard za vse odrasle osebe ne glede na starost. Ni prepričljivih dokazov, da starostniki potrebujejo dnevno manj tekočine kot drugi odrasli (Bennett, 2000, 85). Vsekakor lahko količine znotraj teh okvirjev (1300 – 1700 ml peroralno glede na telesno konstitucijo, fizično aktivnost in temperaturo okolja) upoštevamo za normalno dnevno bilanco tekočin, ki pa jo starostniki iz različnih razlogov zelo redko dosegajo in zato pogosto dehidrirajo.

5.1 Dehidracija

Dehidracija je neravnovesje telesnih tekočin, pri katerem gre za zmanjšanje volumna zunajcelične tekočine in povečanje koncentracije natrija in drugih osmotsko aktivnih snovi v njej (Mentes, 2006a, 40). Pomanjkanje tekočine v telesu je ogrožajoče stanje, ki je povezano z znatno obolevnostjo in umrljivostjo (Remington in Hultman, 2007, 2051). Prizadene lahko kogarkoli, najbolj pa so ogroženi dojenčki in starostniki, ki lahko dehidrirajo že po enem dnevu zmanjšane vnosa hrane in tekočin (Mentes 2006a, 4; Jéquier in Constant, 2010, 119). Starostniki najpogosteje dehidrirajo zaradi premajhnega vnosa tekočine, prevelike izgube tekočine ali obojega (Wedo, 2012). Dehidracija lahko nastopi akutno, znaki se pojavijo v zelo kratkem času kot posledica povišane telesne temperature, bruhanja in driske ali kot kronična, zaradi dolgotrajnega pomanjkanja tekočine oziroma neustrezne hidracije, kjer znaki nastopijo počasneje in so manj očitni. Posledice so v obeh primerih zaskrbljujoče, saj lahko prizadenejo mnoge vitalne organe. Povzročijo lahko možgansko kap, srčni infarkt in druge bolezni. »Možne posledice dehidracije vključujejo zaprtje, padce, toksičnost zdravil, okužbe sečil in dihal, delirij, odpoved delovanja ledvic, krče, motnje v ravnovesju elektrolitov, hipertermijo in daljši čas celjenja ran, posebno preležanin« (Mentes, 2006b, 41). Zgodnji znaki so glavobol, utrujenost, suha usta in žeja, ki se lahko pojavijo že pri izgubi 1% telesne tekočine. Pri izgubi 5 odstotkov telesne tekočine se pojavi hiter utrip srca (tahikardija), od 10 do 13 odstotna izguba povzroči šok, 20 odstotna izguba pa smrt. Glede na količino izgubljene telesne tekočine dehidracijo delimo na blago, pri kateri telo izgubi pol litra do liter tekočine, zmerno dehidracijo, kjer je izguba tekočine od enega do 3,5 litra in hudo dehidracijo, kjer telo izgubi več kot 3,5 litra tekočine (Barasi, 2003, 194-228) (Tabela 7).

Tabela 7: Dehidracija glede na količino izgubljene tekočine.

Stopnja dehidracije	Izguba vode	Celokupna telesna tekočina
Blaga dehidracija	500 - 1000 ml	1 - 2 %
Zmerna dehidracija	1000 - 3500 ml	2 - 5%
Huda dehidracija	> 3500 ml	> 5%

Vir: Prirejen na osnovi Barasi, 2003, 194-228.

Znaki blage dehidracije so: občutek žeje, odsotnost apetita, suha, pordela koža, utrujenost, glavobol, suha usta, malo temnega urina, mišična šibkost, vrtoglavica in omotičnost. Znaki zmerne dehidracije so hiter pulz, hitro dihanje, ni znojenja, zvišana temperatura, utrujenost, mišični krči, glavobol in slabost. Znaki hude dehidracije pa so mišični krči, bruhanje, boleče uriniranje, vroča koža, motnje vida, zmedenost, motnje dihanja, tahikardija, bolečina v prsih in trebuhu ter nezavest. Že kadar je izguba tekočine večja od enega odstotka, zmanjšana telesna teža na račun izgube tekočine, oslabijo fiziološki telesni odzivi in nastopijo spremembe v elektrolitskem ravnovesju. Starostniki, tako tisti v institucijah kot tisti, ki niso institucionalizirani (Zembrzuski, 2003, 475), povprečno spijejo manj kot 1000 ml tekočine dnevno. Starostniki ne glede na to ali živijo sami ali v socialno- varstveni instituciji, še posebej starostniki, ki ne morejo več skrbeti zase zaradi kognitivnih, senzoričnih in motoričnih motenj, potrebujejo dodatno pomoč, da ostanejo zadostno hidrirani (Schols in drugi, 2009, 150). Ker se mehanizem žeje ne sproži pravočasno, je občutek žeje pravzaprav že začetek dehidracije. Skrb za pitje zadostne količine tekočin in prepoznavanje posrednih znakov dehidracije je zato ključnega pomena pri preprečevanju neželenih zdravstvenih posledic, povzročenih z dehidracijo. Posredni znaki/simptomi dehidracije se lahko pojavijo še preden se pojavi občutek žeje (Tabela 8).

Tabela 8: Znaki/simptomi primanjkljaja tekočine in elektrolitov.

Sprememba duševnega stanja ali spoznanj.
Sprememba v funkcionalnem stanju.
Nestabilna hoja (ponavljajoči padci) ali nezmožnost hoje.
Neprijeten vonj in/ali koncentriran urin.
Zmanjšan apetit.
Zavrnitev tekočin.
Glavoboli.
Kronične okužbe.

Vir: Feinsod in drugi, 2004, 37.

Fiziološke spremembe in ranljivosti, ki te fiziološke spremembe spremljajo, se lahko poslabšajo tudi z različnimi boleznimi in uporabo številnih zdravil, ki vplivajo

na ravnovesje vode in natrija ter motijo homeostatske mehanizme telesa. Pri stanovanjih ustanov institucionalnega varstva je bila ugotovljena pomembna povezava med uporabo več vrst zdravil in dehidracijo (Schols in drugi, 2009, 152; Allison in Lobo, 2004, 27). V raziskavi, ki sta jo opravila Ferenčina in Lešnik (2013, 44), avtorja ugotavljata, da je imela četrtnina od 459 obravnavanih starostnikov predpisano neprimerno število različnih zdravil (do 20 različnih zdravil dnevno) in da so imeli predpisana neprimerna zdravila ali pa neprimerno kombinacijo zdravil, zaradi česar so bili izpostavljeni večji verjetnosti nastanka neželenih učinkov, med katere lahko štejemo tudi dehidracijo.²⁴ Starostnikom s predpisanim večjim številom različnih zdravil je potrebno posvetiti posebno pozornost glede stranskih učinkov zdravil, kamor spada tudi dehidracija. Ker so znaki in simptomi blage dehidracije pri starostnikih manj izraziti, je za njeno preprečevanje zelo pomembno poznavanje in upoštevanje dejavnikov tveganja za nastanek dehidracije (Archibald, 2006, 50).

Oskrbovalci morajo prepoznati znake zgodnje faze dehidracije in stanja, ki so povezana z nezadostnim vnosom tekočin pri starostnikih, preden se pojavi akutna in huda dehidracija, saj lahko v zgodnji fazi dehidracije preprečimo neugodne zdravstvene posledice že s povečanjem količine popite tekočine (Tabela 9).

Tabela 9: Stanja, ki so povezana z nezadostnim zaužitjem tekočine.

Padec krvnega tlaka v stoječem položaju (Ortostaza).
Zmedenost in slaba orientiranost.
Funkcionalni upad.
Ponavljajoči padci.
Preležanine.
Okužba sečil.
Pljučnica.
Okužba kože.

Vir: Feinsod in drugi 2004, 37.

V preventivne namene se je potrebno orientirati na psihofizični status starostnika, na anamnestične podatke o higieni uživanja tekočin in na klinične parametre, ki bi lahko kazali na pomanjkljivo hidracijo (Tabela 10).

²⁴ Potencialno neprimerna zdravila so bila v raziskavi, ki sta jo opravila Ferenčina in Lešnik (2013, 44) opredeljena s pomočjo Beersovih meril. Dr. Mark Beers je leta 1991 razvil kriterije za starostnikom neprimerno predpisovanje zdravil, ki jih je Ameriško združenje za geriatrijo (American Geriatrics Society) implementiralo v vsakodnevno prakso. Po navedenih kriterijih se zdravila razvščajo v tri skupine:

1. Za starostnike neprimerna zdravila.
2. Zdravila neprimerna za uporabo pri starostnikih z določenimi boleznimi ali stanji.
3. Zdravila, ki zahtevajo previdno uporabo (American Geriatrics Society 2012, 616-631)).

Tabela 10: Klinični parametri, ki kažejo na pomanjkljivo hidracijo.

Nizek krvni tlak (padec sistoličnega tlaka > 25 mmHg od vrednosti običajnega krvnega tlaka).
Pospešen srčni utrip (> 100 utripov na minuto).
Ortostaza (Merimo krvni tlak, leže, sede, nato stoje. Pozitivne ugotovitve vključujejo zmanjšanje sistoličnega tlaka za > 20 mmHg, zmanjšanje diastoličnega tlaka za > 10 mmHg in/ali povečanje števila utripov za 20 utripov na minuto).
Suha sluznica, poglobljene vzdolžne brazde jezika.
Sprememba spoznavanja okolice.
Spremenjena hoja.

Vir: Feinsod in drugi 2004, 37.

Klinični znaki dehidracije so pogosto odsotni ali dvoumni, zato lahko dokončno diagnozo zagotovi le laboratorijsko vrednotenje. Če je na voljo laboratorijsko vrednotenje seruma, je najboljši pokazatelj dehidracije osmolalnost seruma (osm = koncentracija topljencev v kilogramu vode), kadar je večja od 300 mOsm/kg (Mentes, 2006a, 47). Osmolarnost seruma je sprejeta kot referenčni standard za potrjevanje dehidracije pri starostnikih. V uravnoveženem stanju je vnos vode enak izgubam, tako se osmolalnost seruma vzdržuje med 285 in 290 mOsm/kg (Cheuvront in drugi, 2013, 458). Na žalost pa osmolalnost in drugi serumski označevalci dehidracije potrdijo diagnozo dehidracije, ko je ta že nastopila in je za preprečitev njenega nastanka že prepozno.

5.2 Motnje elektrolitskega ravnovesja

Ustrezna hidracija pomeni, da ima telo dovolj vode za ohranjanje fizioloških funkcij in količine krvi. Dovolj tekočine pa še ne pomeni, da bo tekočina tudi na ustreznih mestih in bo vsebovala ustrezno koncentracijo elektrolitov, zato je na stanje hidracije potrebno gledati kot povezavo tekočine z ravnovesjem elektrolitov in telesnim funkcijami (Feinsod, 2004, 37). Z izgubo tekočine iz telesa izgubljam tudi pomembne elektrolite, kar vodi v elektrolitsko neravnovesje in dehidracijo, ki je najpogostejša tekočinska in elektrolitska motnja pri starostnikih (Hodgkinson in drugi 2003, 19). Motnje elektrolitskega ravnovesja spadajo med stanja, ki resno ogrožajo starostnikovo življenje in se ob poznem prepoznavanju in neustreznem zdravljenju lahko končajo s smrtjo (Debeljak in Kvas, 2013, 237). Najnevarnejša elektrolitska neravnovesja so hipernatrijemija, hiponatrijemija in hiperkalijemija, pri katerih lahko stopnja umrljivosti preseže 50% (Kayser-Jones in drugi, 1999, 1187). V človeških tekočinah je sedem različnih elektrolitov: natrij, kalij, kalcij, klor, magnezij, fosfat in bikarbonat. Najpomembnejši elektrolit zunajcelične tekočine, ki predstavlja 25 - 45% telesne tekočine, je natrij, znotrajcelične tekočine, ki predstavlja 55 - 75% telesne tekočine, pa kalij. Natrij ima pomembno vlogo pri difuziji in osmozi vode, vpliva na žilni volumen, krvni tlak, na prenos živčnih impulzov in električni potencial celice. Kalij pa je pomemben za vzdrževanje normalne vzdraženosti celične membrane in normalno delovanje živčno-mišičnih relaksantov.

Pri zdravem človeku se elektrolitske motnje natrija in kalija pojavljajo izjemoma. Ena takšnih izjemnih sprememb v telesu, ki privede do elektrolitskega neravnovesja, je dehidracija. Glede na ravnovesje izgubljene tekočine in elektrolitov dehidracijo delimo na izotonično, pri kateri gre za zmanjšanje krožečega (cirkulirajočega) volumna tekočine kot posledico zmanjšane vnosa tekočin, hipertonično, kjer je izguba vode večja od izgube elektrolitov, do česar pride pri obsežnih opeklinah, bruhanju, driski in uživanju diuretikov, ter hipotonično, kjer je izguba elektrolitov večja od izgube vode zaradi obsežnega bruhanja, sekretorne driske (diareje) in ledvičnih obolenj ali ob uporabi diuretikov (Schols in drugi, 2009, 151) (Tabela 11).

Tabela 11: Dehidracija glede na ravnovesje izgubljene tekočine in elektrolitov.

Vrsta dehidracije	Izgube
Izotonična dehidracija	Voda = elektroliti
Hipertonična dehidracija	Voda > elektroliti
Hipotonična dehidracija	Voda < elektroliti

Vir: Prirejen na osnovi Schols in drugi 2009, 151.

Huda hipertonična ali hipotonična dehidracija, kjer so prisotne zelo visoke ali zelo nizke vrednosti natrija v serumu (> 155 mmol/l ali < 125 mmol/l), lahko povzroči izgubo zavesti in praviloma vodi do hospitalizacije. Čeprav so odnosi med oblikami dehidracije še vedno dokaj nejasni, je razlikovanje med dehidracijo z ali brez izgube natrija zelo pomembno, ker pokaže na dejavnike, ki prispevajo k odločitvi o načinu zdravljenja (Schols in drugi, 2009, 155). Chidester in Spangler (1997, 25) priporočata, da se pri analizi tveganja za dehidracijo in z njo povezane elektrolitske motnje starostnika osredotočamo na dejavnike, kot so komunikacijske spretnosti, mobilnost, kognitivne sposobnosti ter možnost samostojnega hranjenja in pitja. Ti dejavniki so lahko ključni pri presoji, ali starostnik uživa dovolj tekočine.

5.3 Skrb za tekočinsko ravnovesje starostnikov

Strategija za doseganje zadovoljive hidracije starostnika vključuje prepoznavanje in premagovanje individualnih in institucionalnih ovir za zadovoljivo uživanje tekočin (Hooper in drugi, 2014, 50). Starostniki, ne glede na to, ali živijo doma ali v socialno varstveni instituciji, še posebej tisti, ki ne morejo skrbeti zase zaradi kognitivnih, senzoričnih in motoričnih motenj, potrebujejo dodatno pomoč, da ostanejo primerno hidrirani. Zadostna hidracija starostnikov zmanjšuje število nepotrebnih in dragih hospitalizacij, ki predstavljajo velik strošek in ga je v veliki meri mogoče preprečiti s preventivnim obnašanjem starostnikov ali preventivnim ravnanjem tistih, ki zanje skrbijo. Področja, ki jih je za doseganje primerne hidracije starostnika potrebno upoštevati, so osebni dejavniki, navade in preference, socialne in okoljske razmere in sistem zdravstvene oskrbe in podpore. S praktičnega vidika je cilj varovalnih/preprečevalnih (prevencijskih) strategij in zdravljenja že nastale dehidracije večji vnos tekočin (Wilson, 2006, 321).

5.3.1 Tekočinsko ravnovesje kot standard kakovostnega življenja

Učinkovit pristop h kateremkoli programu za doseganje učinkovitega tekočinskega ravnovesja pri starostnikih vključuje:

- oceno,
- cilje,
- intervencijo,
- redno kakovostno komunikacijo s starostniki in njihovimi svojci (Allison in drugi, 2005, 26).

Za vse, ki se formalno ali neformalno ukvarjajo s starostniki, so potrebne jasne usmeritve, ki zagotavljajo sistemsko načrtovanje zadostnega tekočinskega vnosa in natančno beleženje tekočinskega vnosa. Predvsem pa so potrebna natančna navodila za lažje prepoznavanje simptomov tekočinskega neravnovesja, ki so pri starostnikih velikokrat nejasni ali prekrivajoči z drugimi bolezenskimi stanji. Oviro pri ugotavljanju dehidracije starostnika predstavlja dejstvo, da so klasični znaki dehidracije, kot so izguba tonusa kože, žeja, ortostatska hipotenzija, pri starostniku pogosto odsotni (Faes in drugi, 2007, 590). Najpomembnejša strategija je zagotoviti, da starostniki zaužijejo zadostne količine tekočine, najmanj 1,7 litra vsakih 24 ur (Schols in drugi, 2009, 151). Za zadosten vnos tekočine pri starostniku moramo slediti sledečim ciljem (Tabela 12).

Tabela 12: Cilji za doseganje zadovoljive hidracije.

1	1700 ml tekočine na dan.
2	Posebna pozornost starostnikom, ki so nepomični ali delno pomični.
3	Redno zagotavljanje in ponujanje tekočin, ki naj bodo na voljo ves dan.
4	Prilagajanje željam starostnikov glede vrste tekočine.
5	Dovolj časa za prehranjevanje.
6	Spodbujanje družinskih članov, da sodelujejo pri hranjenju.
7	Spodbujanje uživanja primerne količine tekočin ob jemanju zdravil.

Vir: Prirejen na osnovi Schols in drugi 2009, 151.

Smiselna je uporaba protokolov-seznamov za ocenitev tveganja za tekočinsko neravnovesje, ob katerih oskrbovalci razmišljajo o tem, kdo je ogrožen in kdo ima dejavnike tveganja za tekočinsko neravnovesje (Tabela 13).

Tabela 13: Seznam podatkov za oceno tveganja za dehidracijo.

Osnovni osebni podatki	
▪ starost > 85 let, ženski spol	▪ indeks telesne mase < 21 ali > 27 kg/m ²
Pomembne zdravstvene posebnosti	
▪ demenca ali pozitiven presejalni test za kognitivno okvaro	▪ inkontinenca
▪ depresija ali pozitiven presejalni test za depresijo	▪ ledvična bolezen
▪ možgansko-žilni dogodek	▪ srčna aritmija
▪ sladkorna bolezen	▪ podhranjenost
	▪ večkratne epizode dehidracije
	▪ večkratne, ponavljajoče okužbe
Medikamentozna terapija	
▪ > 4 vrste zdravil	▪ steroidi
▪ odvajala	▪ diuretiki
▪ zaviralci angiotenzinske konvertaze	▪ psihotropna zdravila
Vnos tekočine	
▪ prosi za pomoč pri pitju	▪ slab jedec (poje < 50% ponujene hrane)
▪ ima disfagijo ali se davi	▪ vnos tekočine (popije < 1500 ml/dan)
▪ lahko pije samostojno, vendar pozabi	▪ poliva med pitjem
▪ pri hranjenju in pitju je odvisen od drugih	▪ se prehranjuje preko sonde
Laboratorijske nenormalnosti	
▪ specifična teža urina > 1.020	▪ natrij v serumu > 150 mmol/l
▪ urin je temno rumen	▪ razmerje sečnina:kreatinin > 20 mg/dl

Vir: Mentess 2006a, 44.

Seznam podatkov za oceno tveganja za dehidracijo je bil narejen za oceno tveganja pri stanovalcih v institucionalnem varstvu. Večje kot je število potrjenih karakteristik, večje je tveganje za dehidracijo (Mentess 2006a, 44).

5.3.2 Ozaveščanje o pomenu vnosa zadostnih količin tekočine

Ustrezno preprečevanje dehidracije pri starostnikih zahteva ozaveščenost glede značilnosti starostnikov, kakor tudi poznavanje številnih dejavnikov tveganja za dehidracijo. Za ozaveščanje in izobraževanje o nevarnosti dehidracije bi bilo treba uporabiti tudi množične medije, kot so časopis, radio, televizija in izobraževalne brošure (Abdallah in drugi, 2009, 52). Starostnike je potrebno poučevati in ozavestiti o pomenu uživanja zadostnih količin tekočine, najbolje vode, in jih k temu spodbujati. Ker obstaja verjetnost, da se starostniki morda ne zavedajo tveganj, povezanih z dehidracijo in morda ne razumejo danih navodil za vnos tekočin, je potrebno o pomembnosti hidracije seznanjati tudi starostnikove družinske člane in skrbnike, ki morajo poskrbeti, da bodo imeli starostniki tekočino vedno na voljo (Bennett, 2000, 86). Skrb mora biti usmerjena v prilagoditev zaužite tekočine glede na potrebe, vremenske vplive in telesno dejavnost starostnika.

5.3.3 Formalni nosilci ozaveščanja o pomenu higiene uživanja tekočin

Izobraževanje in ozaveščanje starostnikov in skrbnikov o pomenu vnosa zadostnih količin tekočine, kot pomembnem dejavniku zdravega, aktivnega in kakovostnega življenja, je potrebno sistemsko urediti. Potrebno je določiti formalne nosilce načrtovanega ozaveščanja o pomenu in koristi vzdrževanja tekočinskega ravnovesja. Razviti je potrebno načine presejanja za zgodnje odkrivanje dehidracije pri starostnikih in uporabiti najboljše prakse za pomoč starostnikom, da

uživajo zadostne količine tekočine (Hooper in drugi, 2014, 56). V tem delu vidimo pomembno vlogo socialnih gerontologov, ki lahko raziskujejo sociokulturne in institucijske vzroke za pogosto tekočinsko neravnovesje pri starostnikih in prevzamejo odgovornost za raziskovanje vzrokov stanj, v katerih se zaradi neustrezne hidracije znajdejo starostniki. Identifikacija starostnikov s tveganjem za dehidracijo in usmeritev v izvajanje ustreznih preventivnih ukrepov so stroškovno najbolj učinkovite strategije za zagotovitev zadostne hidracije pri starostnikih (Wilson, 2006, 325).

5.3.4 Pravilno in pravočasno prepoznavanje tekočinskega neravnovesja

Pomanjkanje vode in elektrolitsko neravnovesje pogosto povzročijo poslabšanje zdravstvenega stanja starostnika, zato je pri določanju starostnikovih potreb potrebno posebno skrb nameniti ustrezni hidraciji. Pomanjkljiva hidracija lahko povzroča blage do življenjsko nevarne težave, zato se je pri ocenjevanju znakov dehidracije starostnika potrebno zavedati, da klinični znaki pri blažji dehidraciji ne bodo vedno vidni, vendar se bodo zagotovo pokazali takrat, ko bo dehidracija zelo napredovala (Bennett, 2000, 86) (Tabela 14).

Tabela 14: Znaki dehidracije.

Kognitivni znaki	Fizični znaki
Nelagodje	Žeja
Razdražljivost	Suhe sluznice
Zmedenost	Brazdast jezik
Zaspanost	Šibkost mišic
Motnje vida	Stranska drža
Motnje ravnotežja	Potopljene oči
Letargija	Hipotenzija
Dizartrija	Zaprtje
Delirij	Hujšanje

Vir: Prirejen na osnovi Bennett 2000, 84-88.

Posamezni znaki dehidracije nam o tekočinskem ravnovesju ne povedo dovolj, saj je specifičnost posameznega simptoma prenizka za ustrezno diagnosticiranje. Ob prisotnosti več znakov hkrati pa lahko utemeljeno posumimo na dehidracijo (Faes in drugi, 2007, 593). Za pravilno in pravočasno spoznavo tekočinskega neravnovesja se je po Allison in drugih (2005, 20) potrebno, po identifikaciji starostnikov s povečanim tveganjem za dehidracijo, osredotočiti na starostnike, ki imajo težave z gibljivostjo prstov in rok, ki imajo težave pri požiranju, so shujšali za več kot 3% telesne teže v enem dnevu, so depresivni, ženske starejše od 80 let, kronično bolni, ki so dalj časa bruhalo in imeli drisko, uživajo zdravila (vključno z laksativi, diuretiki in psihotropnimi sredstvi), so hranjeni preko sonde ali pa so

prizadeti zaradi izločanja tekočine skozi kožo (evaporacija) med sezonskimi spremembami. Objektivno prepoznavanje teh starostnikov je najpomembnejši korak. Izguba telesne teže v kratkem času šteje kot dragocen znak dehidracije. Ko je akutna izguba teže večja od 3% starostnikove telesne teže ali večja kot 1 kg na dan, je dehidracija zelo verjetna. Pogosto tehtanje bolnikov je najbolj učinkovita metoda za neinvazivno spremljanje spremembe stanja tekočine v telesu (tako v primeru dehidracije kot hiperhidracije). Če zaznamo spremembe v teži, je smiselno za dokončno potrditev dehidracije opraviti laboratorijske teste (Thomas in drugi, 2003, 253). Laboratorijska določitev elektrolitov da namig o neravnovesju tekočin, vendar se je pri razločevanju izotonične, hipertonične in hipotonične vrste dehidracije potrebno orientirati tudi po kliničnih znakih (Alison in drugi 2005, 20). Vsekakor pa je potrebno klinične znake in laboratorijske teste redno preverjati pri starostnikih, ki trpijo zaradi dehidracije ali so že bili večkrat dehidrirani.

Pravilno in pravočasno prepoznavanje stanja slabše hidriranosti starostnika zahteva določena znanja in je osebam, ki skrbijo za starostnika v domačem okolju, kakor tudi osebju zdravstvene nege in oskrbe v ustanovah institucionalnega varstva, navodilo za ustrezno ukrepanje.

5.3.5 Ustrezno ukrepanje pri tekočinskem neravnovesju

Čeprav se sum na pomanjkljivo hidracijo lahko podkrepí predvsem z anamnestičnimi podatki in laboratorijskimi parametri, z rehidracijo ne bi smeli zavlačevati. Nadomestno tekočinsko zdravljenje z rehidracijo pogosto začnemo na podlagi empiričnih izkušenj (Wilson, 2006, 325). Pri zaznavi suma ali ugotovitve dehidracije je potrebno pristopiti k aktivnem zdravljenju in iskanju vzrokov dehidracije. Ker neravnovesja tekočin in elektrolitov pogosto kažejo podobne simptome in znake, čeprav so vzroki lahko različni, je intervencija, s katero želimo starostnika rehidrirati odvisna od vzroka in stopnje tekočinskega neravnovesja. Pomembno je, da čim bolj opredelimo naravo neravnovesja, kar služi kot osnova za določitev ustreznega zdravljenja in prihodnjih preventivnih ukrepov. Kadar je le mogoče, je ob odsotnosti hudih simptomov priporočljiva oralna rehidracija. Oralna rehidracija je primerna, kadar je tekočine mogoče nadomeščati postopno, v daljšem časovnem intervalu. Ko priporočljiv vnos tekočine ni realiziran, glede na razlog, lahko tekočine dodajamo preko sonde ali podkožno. V bolj specifičnih in hujših primerih pa tekočine apliciramo intravensko (Schols in drugi, 2009, 154).

Preden pričnemo z invazivnejšimi ukrepi, je potrebno ugotoviti, ali gre za pomanjkanje tekočine, pomanjkanje natrija, tekočine in natrija ali pa je vzrok drugje. Zelo zgovoren simptom, ki pogosto kaže na dehidracijo, je hipovolemija. Če gre za blago hipovolemijo, jo lahko zdravimo postopno, tekočine dajemo oralno-enteralno. Zmerno hipovolemijo zdravimo s hitrejšo oralno-enteralno rehidracijo ali podkožno (subkutano) in po potrebi tudi intravensko. Hudo hipovolemijo vedno zdravimo subkutano ali intravensko. Uspešnost rehidracije ugotavljamo s preverjanjem količine in barve izločenega urina, ki se ob pravilni hidraciji poveča in postaja vse bolj brezbarven ali svetlo rumen (Vidmar, 2010).

Kot alternativa intravenski rehidraciji je zelo učinkovita, vendar v našem okolju pogosto podcenjena, subkutana metoda »hypodermoclysis«, kjer dajemo tekočine po podkožni infuziji. Ta terapija temelji na praksi z malo neželenimi učinki. Aplicirati

je mogoče do 3 litre tekočine na dan. Hypodermoclysis je enostaven za upravljanje in ga je mogoče učinkovito uporabiti pri starostnikih, ki živijo v institucionalnem varstvu, kakor tudi pri starostnikih, ki živijo v domačem okolju (Frisoli, 2000, 314). Uporaba hypodermoclysis-a v domačem okolju omogoča starostnikom ostati doma tudi v obdobjih bolezni in nepopolne samooskrbe, hkrati pa lahko zaradi nižjih stroškov aplikacije pozitivno vplivamo na obremenjenost bolnišnic in zdravstvene blagajne.

Ustrezno preprečevanje dehidracije zahteva ozaveščenost glede opisanih fizioloških značilnosti starostnikov, kakor tudi poznavanje dejavnikov tveganja za dehidracijo, ki se nanašajo na bolezni, socialne dejavnike, vremenske vplive in medicinsko prakso (Schols in drugi, 2009, 154).

V nadaljevanju prikazujemo rezultate in analizo rezultatov raziskave, s katero smo ugotavljali stanje tekočinskega ravnovesja pri starostnikih, starejših od 65 let, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva, in tistih, ki živijo v domačem okolju v Mariboru in okolici. Uporabljena je bila kvantitativna prospektivna metoda raziskovanja, v kateri smo analizirali vrednosti laboratorijsko določenih serumskih označevalcev dehidracije (klinična raziskava) in rezultate anketiranja starostnikov.

6 REZULTATI

6.1 Rezultati klinične raziskave

V klinično raziskavo je bilo zajetih 532 starostnikov, 266 starostnikov, ki bivajo v ustanovah institucionalnega varstva (v nadaljevanju »DSO«), in 266 starostnikov, ki bivajo v domačem okolju (v nadaljevanju »DOMA«). Preiskovancem, vključenim v klinično raziskavo, smo določili vrednosti serumskih označevalcev hidracije:

- serumski natrij,
- serumsko sečnino,
- serumski kreatinin,
- izračunana vrednost razmerja med sečnino in kreatininom v serumu,
- osmolalnost seruma.

Po v naprej določenih vključitvenih kriterijih smo po pridobitvi laboratorijskih rezultatov iz raziskave izločili preiskovance, ki kriterijev niso izpolnjevali. Zavrlo ocenjene GF pod 30ml/min/1,73m² smo iz raziskave izključili 80 (15%) preiskovancev. Ob izključevanju smo opazili, da je med preiskovanci iz skupine »DSO«, precej višji delež starostnikov z glomerulno filtracijo pod 30ml/min/1,73m² (21,4% v primerjavi z 8,6% v skupini »DOMA«). Prav tako smo iz raziskave izključili 28 (5,3%) preiskovancev s srčnim popuščanjem NYHA razreda III. in IV. Iz raziskave smo izključili tudi 14 (2,6%) preiskovancev brez ali z nepopolnimi laboratorijskimi rezultati (Tabela 15).

Tabela 15: Starostniki, zajeti v klinični raziskavi.

Parameter	<i>f</i>	%
Starostniki, ki zadostujejo vključitvenim kriterijem	410	77,1
Starostniki z ocenjeno GF < 30 ml/min 1,73m ²	80	15
Starostniki s srčnim popuščanjem	28	5,3
Starostniki brez ali z nepopolnimi laboratorijskimi rezultati	14	2,6
Skupaj	532	100

Legenda: f – frekvenca (število starostnikov), % - odstotek, GF – glomerulna filtracija

Vir: Lastna raziskava.

V nadaljnjo statistično analizo je bilo vključenih 410 starostnikov, 192 (46,8%) preiskovancev (135 žensk in 57 moških) je bilo iz skupine »DSO« in 218 (53,2%) preiskovancev (127 žensk in 91 moških) iz skupine »DOMA« (Tabela 16).

Tabela 16: Spol preiskovancev glede na mesto bivanja.

Parameter	ženski ^f / moški	% ženski / moški
Spol preiskovancev v skupini »DSO«	135 / 57	70,3 / 29,7
Spol preiskovancev v skupini »DOMA«	127 / 91	58,3 / 41,7
Skupaj	262 / 148	63,9 / 36,1

Legenda: *f* – frekvenca (spol starostnikov), % - odstotek

Vir: Lastna raziskava.

Povprečna starost vseh preiskovancev je bila 80 ± 7 let. Vključeni starostniki iz skupine »DSO« so bili v povprečju statistično značilno starejši od starostnikov iz skupine »DOMA« ($p < 0,0001$) (Tabela 17).

Tabela 17: Starostna struktura preiskovancev.

Parameter	n	\bar{x} (leta)	95% CI (leta)	s (leta)	Min (leta)	Max (leta)
Starost vseh preiskovancev	410	80	79,5 - 80,9	7	65	96
Starost preiskovancev v skupini »DSO«	192	82	81,5 - 83,5	7	65	96
Starost preiskovancev v skupini »DOMA«	218	78	77,3 - 79,1	6	65	92

Legenda: *n* – število, \bar{x} – povprečje, 95% CI - interval zaupanja, *s* - standardni odklon, *Min* – minimum, *Max* – maksimum

Vir: Lastna raziskava.

V skupini preiskovancev, ki bivajo v »DSO«, je bila povprečna vrednost natrija $137 \pm 5,0$ mmol/l, pri preiskovancih v skupini »DOMA« pa $137 \pm 4,0$ mmol/l. Mediana je bila pri obeh skupinah 138 mmol/l. Vrednosti v obeh skupinah so bile znotraj referenčnega intervala (135 - 145 mmol/l) (Osredkar, 2011, 1644) (Tabela 18).

Tabela 18: Natrij v serumu preiskovancev.

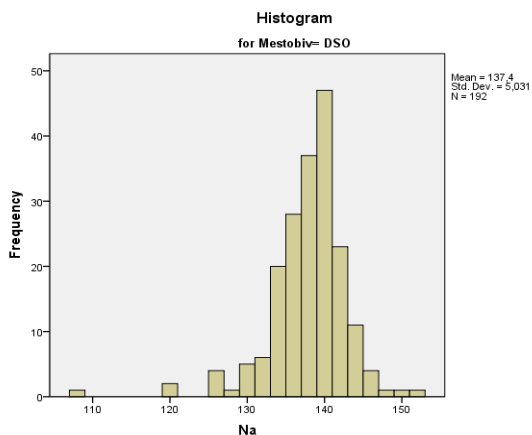
Parameter	n	\bar{x} (mmol/l)	m (95% CI) (mmol/l)	s (mmol/l)	Min (mmol/l)	Max (mmol/l)
Natrij v serumu v skupini »DSO«	192	137	138 (137-139)	5	108	152
Natrij v serumu v skupini »DOMA«	218	137	138 (137-138)	4	119	144

Legenda: *n* – število, \bar{x} – povprečje, *m* – mediana, 95% CI - interval zaupanja, *s* - standardni odklon, *Min* – minimum, *Max* – maksimum

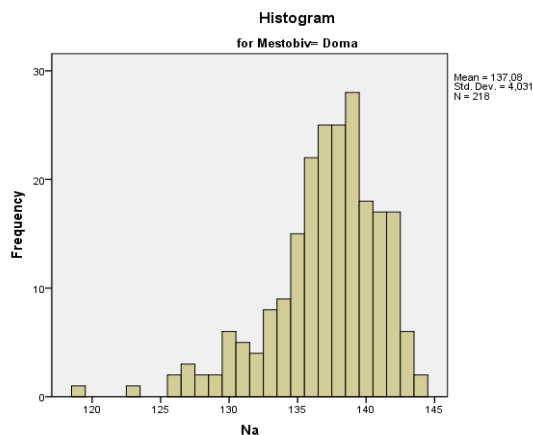
Vir: Lastna raziskava.

Povprečna vrednost in mediana v obeh skupinah sta skoraj enaki. Če želimo primerjati obe skupini, si moramo najprej ogledati porazdelitev, za kar uporabimo histograma (Graf 1 in 2).

Graf 1 in 2: Primerjava vrednosti natrija med skupinama.



Vir: Lastna raziskava.



Vir: Lastna raziskava.

Porazdelitvi sta precej koničasti in tudi nekoliko asimetrični, kar nam potrjuje tudi preizkus Kolmogorov-Smirnova. Za primerjavo tako izberemo Mann-Whitney U test: $U = 19792,50$; $z = -0,952$; $p = 0,341$. Glede na izmerjeni količini natrija se skupini statistično značilno ne razlikujeta.

Izmed 410 preiskovancev je bilo 5 (1,2%) takih, pri katerih je bil natrij v serumu nad 145 mmol/l nad zgornjo mejo referenčnih vrednosti (Tabela 19).

Tabela 19: Natrij v serumu glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti.

Parameter	<i>f</i>	%
Preiskovanci z vrednostmi natrija nad 145 mmol/l	5	1,2
Preiskovanci z vrednostmi natrija 145 in pod 145 mmol/l	405	98,8
Skupaj	410	100

Legenda: *f* – frekvenca (število starostnikov), % - odstotek

Vir: Lastna raziskava.

Pri analizi vrednosti sečnine v serumu smo upoštevali pretvorjene enote v mg/dl in referenčni interval 7,8 - 21 mg/dl (Osredkar, 2011, 1643). V skupini preiskovancev, ki bivajo v »DSO«, je bila tako povprečna vrednosti sečnine $23,8 \pm 11,1$ mg/dl, v skupini »DOMA« pa $21,9 \pm 9,3$ mg/dl. Mediana je bila pri prvih 21,1 mg/dl in pri drugih 20 mg/dl (Tabela 20).

Tabela 20: Sečnina v serumu preiskovancev.

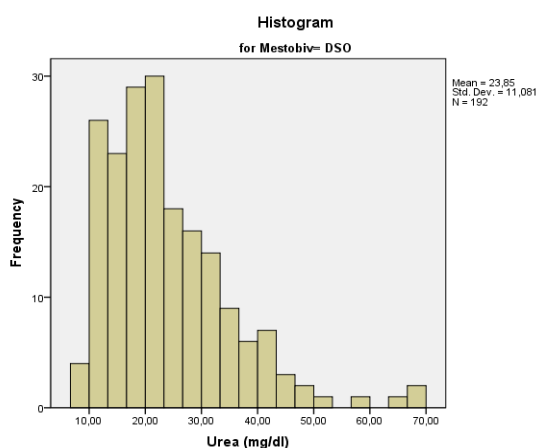
Parameter	n	\bar{x} (mg/dl)	m (95% CI) (mg/dl)	s (mg/dl)	Min (mg/dl)	Max (mg/dl)
Sečnina v serumu v skupini »DSO«	192	23,8	21,1 (20,0-23,0)	11,1	8,1	69,2
Sečnina v serumu v skupini »DOMA«	218	21,9	20,0 (18,3-21,3)	9,3	7,6	65,8

Legenda: n – število, \bar{x} – povprečje, m – mediana, 95% CI - interval zaupanja, s - standardni odklon, Min – minimum Max – maksimum

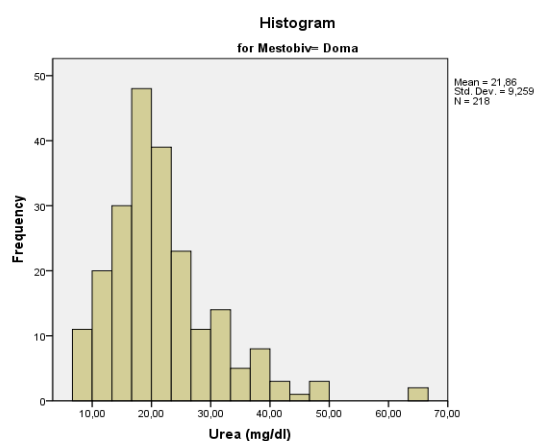
Vir: Lastna raziskava.

Ker vrednosti niso bile normalno porazdeljene, smo za oceno srednje vrednosti upoštevali mediano in ugotovili, da so bile vrednosti preiskovancev iz skupine »DSO« višje od referenčnih, medtem ko so bile vrednosti preiskovancev iz skupine »DOMA« še znotraj referenčnega intervala (7,8 - 21 mg/dl). Pred izbiro statističnega testa smo najprej preverili porazdelitev vrednosti, za kar smo uporabili histograma (Graf 3 in 4).

Graf 3 in 4: Primerjava vrednosti sečnine med skupinama



Vir: Lastna raziskava.



Vir: Lastna raziskava.

Porazdelitvi sta levo asimetrični. Nenormalno porazdelitev nam potrди tudi preizkus Kolmogorov-Smirnova. Za primerjavo smo tako izbrali Mann-Whitney U test: U = 19025,0; z = -1,590; p = 0,112. Kljub opaženi določeni razliki med skupinama, ne moremo trditi, da se glede na izmerjene vrednosti sečnine skupini statistično značilno razlikujeta.

Izmed 410 preiskovancev je bilo 219 (53,4%) takih, pri katerih je bila sečnina nad 20 mg/dl, zgornjo mejo referenčnih vrednosti (Tabela 21).

Tabela 21: Sečnina v serumu glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti.

Parameter	<i>f</i>	%
Preiskovanci z vrednostmi sečnine nad 20 mg/dl	219	53,4
Preiskovanci z vrednostmi sečnine pod 20 mg/dl	191	46,6
Skupaj	410	100

Legenda: *f* – frekvenca (število starostnikov), % - odstotek

Vir: Lastna raziskava.

Pri kreatininu smo upoštevali pretvorjene enote mg/dl in referenčni interval 0,5 -1,1 mg/dl (Osredkar, 2011, 1643). V skupini preiskovancev, ki bivajo v »DSO«, je bila povprečna vrednosti kreatinina $0,94 \pm 0,34$ mg/dl, v skupini »DOMA« pa $1,01 \pm 0,30$ mg/dl. Mediana je pri prvih 0,91 mg/dl in pri drugih 0,96 mg/dl. Vrednosti v obeh skupinah so se nahajale znotraj referenčnega intervala (0,5 - 1,1 mg/dl (Tabela 22).

Tabela 22: Kreatinin v serumu preiskovancev.

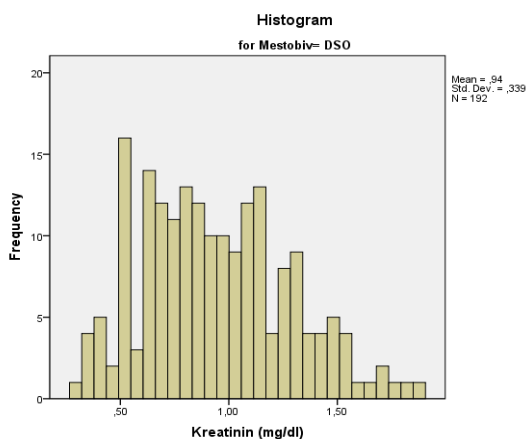
Parameter	<i>n</i> (mg/dl)	\bar{x} (mg/dl)	<i>m</i> (95% CI) (mg/dl)	<i>s</i> (mg/dl)	Min (mg/dl)	Max (mg/dl)
Kreatinin v serumu v skupini »DSO«	192	0,94	0,91 (0,84-0,97)	0,34	0,29	1,88
Kreatinin v serumu v skupini »DOMA«	218	1,01	0,96 (0,91-1,01)	0,3	0,34	2,1

Legenda: *n* – število, \bar{x} – povprečje, *m* – mediana, 95% CI - interval zaupanja, *s* - standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum

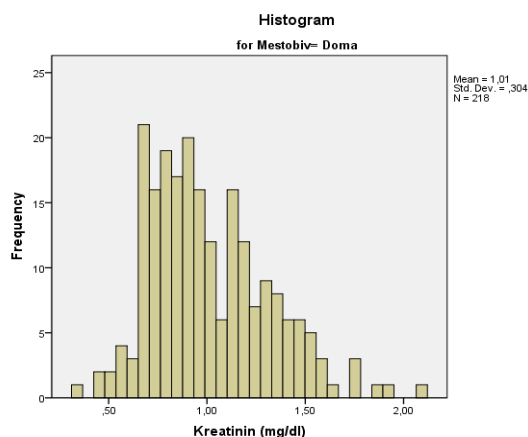
Vir: Lastna raziskava.

Med skupinama na prvi pogled opazimo določeno razliko, zato za natančnejši prikaz pogledamo porazdelitev s pomočjo histogramov (Graf 5 in 6).

Graf 5 in 6: Primerjava vrednosti kreatinina med skupinama.



Vir: Lastna raziskava.



Vir: Lastna raziskava.

Tudi tokrat sta porazdelitvi nekoliko levo asimetrični. Nenormalno porazdelitev nam potrди tudi preizkus Kolmogorov-Smirnova. Za primerjavo tako izberemo Mann-Whitney U test: $U = 18248,50$; $z = -2,238$; $p = 0,025$. Dobimo rezultat, ki potrди statistično značilno razliko med skupinama.

Za izračun razmerja sečnina-kreatinin smo uporabili meritve, preračunane v mg/dl. Povprečna vrednost v skupini »DSO« je $26,4 \pm 10,7$; v skupini »DOMA« pa $22,1 \pm 7,8$. Mediani s pripadajočima 95% intervaloma zaupanja sta bili 24 in 20,6 (Tabela 23).

Tabela 23: Razmerje sečnina : kreatinin v serumu preiskovancev

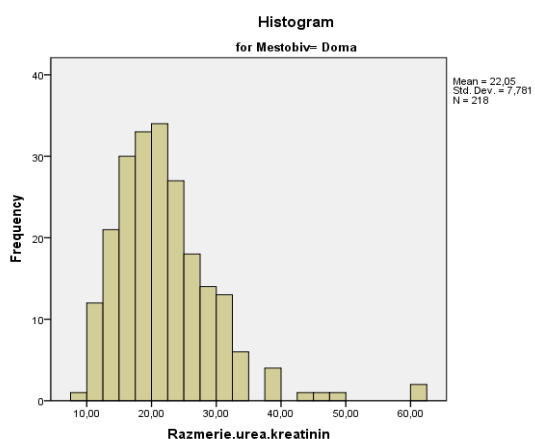
Parameter	n	\bar{x}	m (95% CI)	s	Min	Max
Razmerje sečnina: kreatinin v skupini »DSO«	192	26,4	24,0 (22,8-25,7)	10,74	11,1	83,0
Razmerje sečnina: kreatinin v skupini »DOMA«	218	22,1	20,6 (19,9-21,9)	7,78	9,8	61,4

Legenda: n – število, \bar{x} – povprečje, m – mediana, 95% CI - interval zaupanja, s - standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum

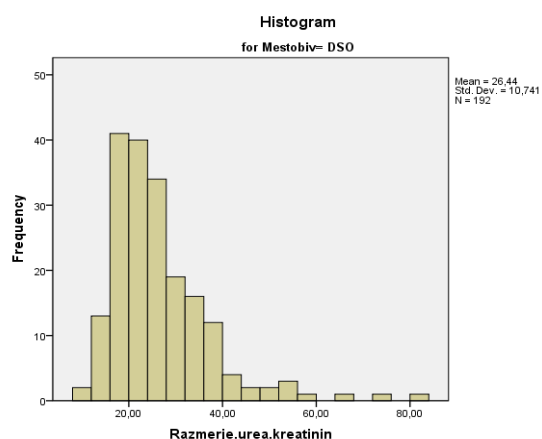
Vir: Lastna raziskava.

Razlika med skupinama je tudi v tem primeru na prvi pogled opazna, vendar lahko že na podlagi zgornje tabele sklepamo, da porazdelitvi nista normalni. Za natančnejši prikaz pogledamo porazdelitev s pomočjo histogramov (Graf 7 in 8).

Graf 7 in 8: Primerjava razmerja sečnina-kreatinin med skupinama.



Vir: Lastna raziskava.



Vir: Lastna raziskava.

Spet sta porazdelitvi levo asimetrični in precej koničasti. Po pričakovanju nam nenormalno porazdelitev potrди tudi preizkus Kolmogorov-Smirnov. Za primerjavo tako ponovno izberemo Mann-Whitney U test. Rezultat testa nam pove, da je razlika med skupinama visoko statistično značilna: Mann-Whitney $U = 15356,50$; $z = -4,653$; $p < 0,001$. Z upoštevanjem obeh količin hkrati (sečnine in kreatinina) je

bila razlika med skupinama bolj izrazita, kot se je pokazala pri obeh neposrednih primerjavah.

Povprečna vrednost osmolalnosti 410 preiskovancev je bila $298,1 \pm 18,3$ mOsmol/kg, mediana je bila 299 mOsmol/kg. Vrednosti so bile v razponu od 185 do 502 mOsmol/kg. Izmed 410 preiskovancev je bilo 188 (45,9%) takih, ki so izpolnjevali kriterije dehidriranosti (osmolalnost seruma ≥ 300 mOsmol/kg) (Tabela 24).

Tabela 24: Osmolalnost seruma glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti.

Parameter	<i>f</i>	%
Preiskovanci z vrednostmi osmolalnosti seruma ≥ 300 mOsmol/kg	188	45,9
Preiskovanci z vrednostmi osmolalnosti seruma < 300 mOsmol/kg	222	54,1
Skupaj	410	100

Legenda: f – frekvenca (število starostnikov), % - odstotek

Vir: Lastna raziskava.

Če primerjamo starostnike iz skupine »DSO« in starostnike iz skupine »DOMA«, ugotovimo, da je bila dehidriranost (določena s kriterijem »osmolalnost seruma ≥ 300 mOsmol/kg«) prisotna pri 51% preiskovancev (98 od 192), v skupini »DSO«, ter pri 41,3% preiskovancev (90 od 218) v skupini »DOMA«. (Tabela 25).

Tabela 25: Osmolalnost seruma glede na zgornjo mejo normalnih vrednosti glede na mesto bivanja.

Parameter	<i>f</i>	%
»DSO«		
Preiskovanci z vrednostmi osmolalnosti seruma ≥ 300 mOsmol/kg	98	51
Preiskovanci z vrednostmi osmolalnosti seruma < 300 mOsmol/kg	94	49
Skupaj	192	100
»DOMA«		
Preiskovanci z vrednostmi osmolalnosti seruma ≥ 300 mOsmol/kg	90	41,3
Preiskovanci z vrednostmi osmolalnosti seruma < 300 mOsmol/kg	128	57,7
Skupaj	218	100

Legenda: f – frekvenca (število starostnikov), % - odstotek

Vir: Lastna raziskava.

Razlika med skupinama je statistično značilna (pri izbrani stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$), če upoštevamo, da smo pričakovali, da bo v skupini »DSO« več dehidriranih starostnikov. Pearsonov hi-kvadrat test: $\chi^2 = 3,915$; $p = 0,024$.

Ker smo imeli opravka z zvezno številsko spremenljivko (osmolalnost seruma), smo lahko skupini primerjali tudi glede povprečnih vrednosti serumske osmolalnosti med preiskovanci (Tabela 26).

Tabela 26: Osmolalnost seruma v obeh skupinah preiskovancev.

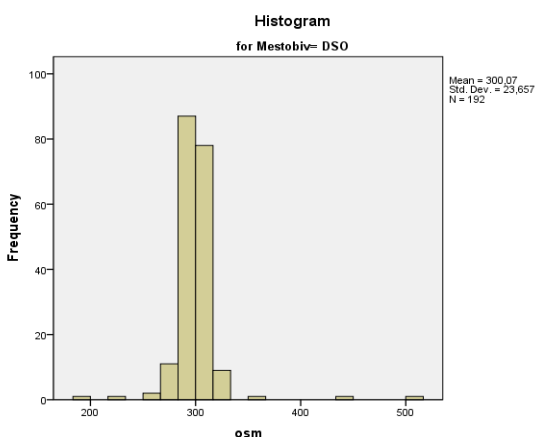
Parameter	n	\bar{x}	m (95% CI)	s	Min	Max
Osmolalnost v skupini »DSO«	192	300	300 (298-301)	24	185	502
Osmolalnost v skupini »DOMA«	218	296	298 (297-299)	12	197	324

Legenda: n – število, \bar{x} – povprečje, m – mediana, 95% CI - interval zaupanja, s - standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum

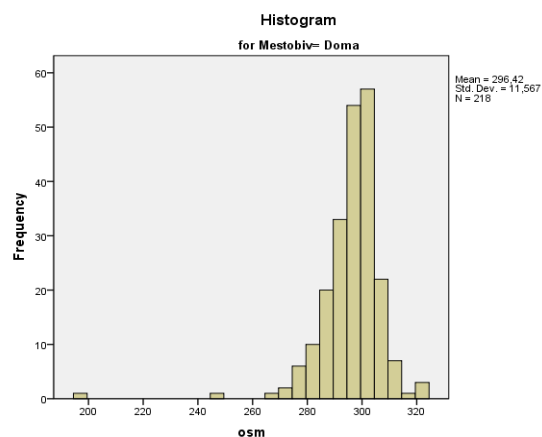
Vir: Lastna raziskava.

V skupini preiskovancev, ki bivajo v »DSO«, je povprečna osmolalnost $300,1 \pm 23,7$ mOsmol/kg (razpon 185 do 502 mOsmol/kg), v skupini preiskovancev, ki bivajo doma, pa $296,4 \pm 11,6$ mOsmol/kg (razpon 197 do 324 mOsmol/kg). Mediana (srednja vrednost) je pri prvih 300 mOsmol/kg, pri drugih pa 298 mOsmol/kg. Pred izbiro ustreznega testa smo preverili, kakšna je porazdelitev vrednosti znotraj obeh skupin (Graf 9 in 10).

Graf 9 in 10: Primerjava osmolalnosti med skupinama.



Vir: Lastna raziskava.



Vir: Lastna raziskava.

Vidimo, da sta obe porazdelitvi izrazito koničasti in nimamo opravka z normalnima porazdelitvama, kar nam potrdi tudi preizkus Kolmogorov-Smirnov. Za primerjavo med skupinama tako izberemo Mann-Whitney U test: $U = 18115,00$; $z = -2,351$; $p = 0,009$. Ugotovimo, da se skupini statistično značilno razlikujeta glede mediane osmolalnosti seruma.

6.2 Rezultati anketiranja

Skupno smo anketirali 406 starostnikov, 200 (49,3%) starostnikov, ki so bivali v domačem okolju in 206 (50,7%) starostnikov, ki so bivali v institucionalnem varstvu. Med skupinama smo ugotavljali občutno nesorazmerje glede na spol (v skupini »DSO« je bilo kar 72,3% anketirancev ženskega spola, medtem ko jih je bilo v skupini »DOMA« 54,5%). Ker smo domnevali, da je lahko spol pomemben dejavnik, ki vpliva na rezultate ankete in želeli te rezultate primerjati glede na kraj bivanja, smo opravili statistično analizo, da to potrdimo ali ovržemo. Analiza rezultatov je pokazala, da razlika v spolu med skupinama ni naključna (Pearsonov hi-kvadrat test: $\chi^2 = 13,927$; $p < 0,001$) (Tabela 27).

Tabela 27: Spol anketirancev glede na mesto bivanja.

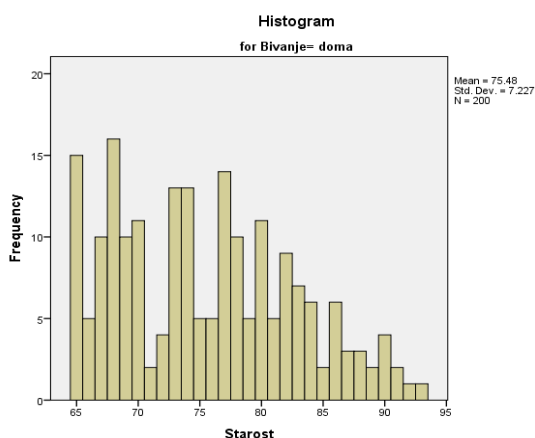
Parameter	f ženski / moški	% ženski / moški
Spol anketirancev v skupini »DSO«	149 / 57	72,3 / 27,7
Spol anketirancev v skupini »DOMA«	109 / 91	54,4 / 45,6
Skupaj	258 / 148	63,5 / 34,5

Legenda: f – frekvenca (spol starostnikov), % - odstotek

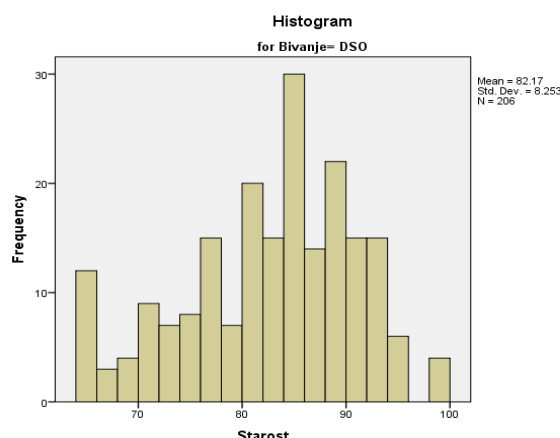
Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Pred primerjavo obeh skupin po povprečni starosti, smo najprej preverili porazdelitev vrednosti v obeh skupinah (Graf 11 in 12).

Graf 11 in 12: Porazdelitev povprečne starosti glede na mesto bivanja.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Na podlagi histogramov smo lahko sklepali, da porazdelitvi nista povsem normalni, kar nam je potrdil tudi test Kolmogorov-Smirnova. Sledi starostna struktura anketirancev (Tabela 28).

Tabela 28: Starostna struktura anketirancev glede na mesto bivanja.

Parameter	n	\bar{x} (leta)	95% CI (leta)	s (leta)	Min (leta)	Max (leta)
starost vseh anketirancev	406	79	78 - 80	8	65	99
starost anketirancev v skupini »DSO«	206	82	81 - 83	8	65	99
starost anketirancev v skupini »DOMA«	200	75	74 - 76	7	65	93

Legenda: n – število, \bar{x} – povprečje, 95% CI - interval zaupanja, s - standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Za izračun statistične različnosti obeh skupin glede na povprečno starost smo izbrali Mann-Whitney U test: $U = 11117,5$; $z = -8,029$; $p < 0,001$. Razlika v povprečni starosti je bila izrazita in ne moremo trditi, da je naključna. V skupini »DSO« je bila povprečna starost 82 ± 8 let (mediana = 84 let), v skupini »DOMA« pa 75 ± 7 let (mediana = 75 let).

Glede na doseženo izobrazbo sta bili skupini dokaj primerljivi. Med anketiranci iz skupine »DOMA« je bil nekoliko višji odstotek oseb z višjo izobrazbo (23% proti 16%), vendar razlika ni statistično značilna (Pearsonov hi-kvadrat test: $\chi^2 = 3,155$; $p = 0,08$) (Tabela 29).

Tabela 29: Izobrazba anketirancev glede na mesto bivanja.

Parameter	f ≤ srednja šola / > srednja šola	% ≤ srednja šola / > srednja šola
Izobrazba anketirancev v skupini »DSO«	173 / 33	84 / 16
Izobrazba anketirancev v skupini »DOMA«	154 / 46	77 / 23
Skupaj	327 / 79	80,5 / 19,5

Legenda: f – frekvenca (izobrazba starostnikov), % - odstotek

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Najbolj izrazita je bila razlika med skupinama pri samostojnosti, ki smo jo opredelili kot zmožnost starostnika, da se lahko hrani, pije in giba brez tuje pomoči. Medtem ko je v institucionalnem varstvu kar 60,7% anketirancev (125 od 206) potrebovalo dodatno pomoč pri hranjenju, pitju in/ali gibanju, je bilo takih v domačem okolju le 9,5% (19 od 200). Po pričakovanju nam je to izrazito razliko kot nenaključno potrdil tudi Pearsonov hi-kvadrat test: $\chi^2 = 116,132$; $p < 0,001$ (Tabela 30).

Tabela 30: Samostojnost anketirancev glede na mesto bivanja.

Parameter	<i>f</i> samostojni / nesamostojni	% samostojni / nesamostojni
Samostojnost anketirancev v skupini »DSO«	81 / 125	39,3 / 60,7
Samostojnost anketirancev v skupini »DOMA«	181 / 19	90,5 / 9,5
Skupaj	262 / 144	64,5 / 35,5

Legenda: *f* – frekvenca (samostojnost starostnikov), % - odstotek

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Pri primerjavi količine popite tekočine je bila v skupini starostnikov, ki živijo »DOMA«, pri enem izmed anketirancev zabeležena neveljavna vrednost 5 (možni odgovori so bili med 1 in 4), zato je bila ta vrednost izključena iz nadaljnje analize. Število kozarcev, ki jih v povprečju spijejo anketirani starostniki, iz skupine »DOMA«, je bilo višje, kot med starostniki v skupini »DSO«. Razlika je najbolj izrazita pri kategorijah »1 - 3 kozarci na dan« (24,1% proti 39,3%) ter »6 - 8 kozarcev na dan« (32,2% proti 16%). Razliko nam je potrdil statistični test, pri čemer smo zaradi nizkih pričakovanih frekvenc v 1. kategoriji (»0 kozarcev«) izbrali Fisherjev natančni test: $\chi^2 = 19,360$; $p < 0,001$ (Tabela 31).

Tabela 31: Količina popite tekočine anketirancev glede na mesto bivanja.

Parameter	<i>f</i> popiti kozarci tekočine				% popiti kozarci tekočine			
	0	1 - 3	4 - 5	6 - 8	0	1 - 3	4 - 5	6 - 8
Ponujene frekvence	0	1 - 3	4 - 5	6 - 8	0	1 - 3	4 - 5	6 - 8
Količina popite tekočine v skupini »DSO«	1	81	91	33	0,5	39,3	44,2	16
Količina popite tekočine v skupini »DOMA«	0	48	87	64	0	24,1	43,7	32,2
Skupaj	1	129	178	97	0,2	31,9	44	24

Legenda: *f* – frekvenca (število popitih kozarcev), % - odstotek

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

6.2.1 Rezultati odgovorov na anketna vprašanja in trditve od 1-18.

Za prikaz rezultatov anketiranja smo uporabili frekvenčno analizo odgovorov na zastavljena vprašanja in trditve. Na vprašanja od 1 do 18 so odgovarjali vsi anketirani starostniki ne glede na to, ali so bili pri osnovnih življenjskih aktivnostih (hranjenje, pitje in gibanje) samostojni ali so pri tem potrebovali pomoč druge osebe.

Tabela 32: Zavedanje problema dehidracije pri starostnikih.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	35	17
	Se strinjam	113	54,9
	Nevtralen / ne vem	48	23,3
	Se ne strinjam	10	4,9
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	64	32
	Se strinjam	102	51
	Nevtralen / ne vem	27	13,5
	Se ne strinjam	7	3,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Da je dehidracija problem pri starostnikih, se je strinjalo in popolnoma strinjalo 71,9% starostnikov iz skupine »DSO« in 83% iz skupine »DOMA«, kar je razvidno iz tabele 32.

Tabela 33: Pomen uživanja tekočine za zdravje.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	40	19,4
	Se strinjam	144	69,9
	Nevtralen / ne vem	21	10,2
	Se ne strinjam	1	0,5
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	108	54
	Se strinjam	81	40,5
	Nevtralen / ne vem	7	3,5
	Se ne strinjam	4	2,0
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Da je uživanje tekočine pomembno za njihovo zdravje, se popolnoma strinja 19,4%, strinja pa 69,9% starostnikov iz skupine »DSO« in 54% oz. 40,5% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 33).

Tabela 34: Poučenost o pomenu uživanja tekočin.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	37	18
	Se strinjam	124	60,2
	Nevtralen / ne vem	44	21,4
	Se ne strinjam	1	0,5
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	73	36,5
	Se strinjam	103	51,5
	Nevtralen / ne vem	18	9
	Se ne strinjam	6	3
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Starostniki v obeh skupinah menijo, da so o pomenu uživanja tekočin dovolj poučeni. 18% starostnikov iz skupine »DSO« se s tem popolnoma strinja, 60,2% pa strinja. V skupini »DOMA« se s tem popolnoma strinja 36,5%, 51,5% starostnikov pa se strinja (Tabela 34).

Tabela 35: Potreba po javni propagandi o pomenu uživanja tekočin.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	14	6,8
	Se strinjam	109	52,9
	Nevtralen / ne vem	39	18,9
	Se ne strinjam	43	20,9
	Sploh se ne strinjam	1	0,5
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	62	31
	Se strinjam	105	52,9
	Nevtralen / ne vem	16	8
	Se ne strinjam	16	8
	Sploh se ne strinjam	1	0,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Da je potrebne več javne propagande o pomenu zadostnega uživanja tekočin, se strinjajo starostniki v obeh skupinah (popolnoma se strinjam 6,8%, se strinjam 52,9% anketiranih iz skupine »DSO« in popolnoma se strinjam 31%, se strinjam pa 52,5% anketiranih iz skupine »DOMA« (Tabela 35).

Tabela 36: Pogostost občutka žeje.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	5	2,4
	Pogosto	58	28,2
	Občasno	45	21,8
	Redko	54	26,2
	Nikoli	44	21,4
	Skupaj	206	100
DOMA	Zelo pogosto	115	5,5
	Pogosto	64	24
	Občasno	14	39
	Redko	6	21,5
	Nikoli	1	10
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela 36 prikazuje, da zelo pogosto in pogosto čuti žejo 30,6%, občasno 21,8%, redko in nikoli pa kar 47,6% starostnikov iz skupine »DSO« ter zelo pogosto in pogosto 29,5%, občasno 39%, redko in nikoli pa 31,5% starostnikov iz skupine »DOMA«.

Tabela 37: Dostopnost tekočine.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	151	73,3
	Se strinjam	45	21,8
	Nevtralen / ne vem	1	0,5
	Se ne strinjam	9	4,4
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	133	66,5
	Se strinjam	62	31
	Nevtralen / ne vem	4	2
	Se ne strinjam	1	0,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Iz tabele 37 je razvidno, da je vedno na voljo dovolj tekočine pri 95,1% anketiranih iz skupine »DSO« in 97,5% anketiranih iz skupine »DOMA«. Da jim tekočina ni vedno na voljo, pa meni 4,4% anketiranih iz skupine »DSO« in le 0,5% iz skupine »DOMA«.

Tabela 38: Možnost izbire tekočin.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	30	14,6
	Pogosto	50	24,3
	Občasno	47	22,8
	Redko	76	36,9
	Nikoli	3	1,5
	Skupaj	206	100
DOMA	Zelo pogosto	115	57,5
	Pogosto	64	32
	Občasno	14	7
	Redko	6	3
	Nikoli	1	0,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Iz tabele 38 je razvidno, da lahko starostniki, ki živijo v domačem okolju, pogosteje izbirajo zeleno tekočino. To možnost ima pogosto ali zelo pogosto 89,5% starostnikov iz skupine »DOMA« in 38,9% starostnikov iz skupina »DSO«.

Tabela 39: Ponujena tekočina ob obroku.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	19	9,2
	Pogosto	77	37,4
	Občasno	26	12,6
	Redko	39	18,9
	Nikoli	45	21,8
	Skupaj	206	100
DOMA	Zelo pogosto	37	18,5
	Pogosto	54	27,0
	Občasno	39	19,5
	Redko	27	13,5
	Nikoli	43	21,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Ob obroku je postrežena ali si postreže s tekočino zelo pogosto 9,2% starostnikov, pogosto 37,4%, občasno 12,6% redko ali nikoli pa 40,7% starostnikov v skupini »DSO« in zelo pogosto 18,5%, pogosto 27%, občasno 19,5% redko ali nikoli pa 35% starostnikov v skupini »DOMA« (Tabela 39).

Tabela 40: Ponujeno sadje med obroki.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	26	12,6
	Pogosto	94	45,6
	Občasno	49	23,8
	Redko	34	16,5
	Nikoli	3	1,5
	Skupaj	206	100
DOMA	Zelo pogosto	54	27
	Pogosto	59	29,5
	Občasno	43	21,5
	Redko	22	11
	Nikoli	22	11
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

V tabeli 40 vidimo, da je sadje med obroki dosegljivo zelo pogosto 12,6%, pogosto 45,6% občasno 23,8% starostnikom iz skupine »DSO« in zelo pogosto 27%, pogosto 29,5% in občasno 21,5% starostnikom iz skupine »DOMA«. Redko ali nikoli pa 18% starostnikom iz skupine »DSO« in 22% starostnikom iz skupine »DOMA«.

Tabela 41: Pomoč na razpolago v primeru potrebe.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	52	25,2
	Se strinjam	114	55,3
	Nevtralen / ne vem	5	2,4
	Se ne strinjam	34	16,5
	Sploh se ne strinjam	1	0,5
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	97	48,5
	Se strinjam	84	42
	Nevtralen / ne vem	6	3
	Se ne strinjam	13	6,5
	Sploh se ne strinjam	0	0
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Večina starostnikov v obeh skupinah se strinja, da jim je pomoč vedno na voljo. Popolnoma se je strinjalo 25,2%, strinjalo 55,3% v skupini »DSO« in 48,5% ter 42% starostnikov iz skupine »DOMA«. Nestrinjanje s trditvijo, da jim je pomoč vedno na voljo, je izrazilo nekoliko več starostnikov iz skupine »DSO«, (17% v skupini »DSO« in 6,5% v skupini »DOMA«) (Tabela 41).

Tabela 42: Občutek zapostavljenosti v starosti.

Bivanje		Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	3	1,5
	Se strinjam	27	13,1
	Nevtralen / ne vem	9	4,4
	Se ne strinjam	133	64,6
	Sploh se ne strinjam	34	16,5
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	2	1
	Se strinjam	16	8
	Nevtralen / ne vem	11	5,5
	Se ne strinjam	84	42
	Sploh se ne strinjam	87	43,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Večina starostnikov obeh skupin se zaradi svoje starosti ne počuti zapostavljeno. Občutke zapostavljenosti ima 14,6% starostnikov iz skupine »DSO« in 9% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 42).

Tabela 43: Neprijetni občutki ob prošnji za pomoč.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	13	6,3
	Se strinjam	64	31,1
	Nevtralen / ne vem	2	1
	Se ne strinjam	105	51
	Sploh se ne strinjam	22	10,7
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	13	6,5
	Se strinjam	73	36,5
	Nevtralen / ne vem	10	5
	Se ne strinjam	49	24,5
	Sploh se ne strinjam	55	27,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Kadar morajo prositi za pomoč, se neprijetno počuti 37,4% starostnikov v skupini »DSO« in 43% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 43).

Tabela 44: Opora družine.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	92	44,7
	Se strinjam	63	30,6
	Nevtralen / ne vem	3	1,5
	Se ne strinjam	46	22,3
	Sploh se ne strinjam	2	1
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	118	59
	Se strinjam	68	34
	Nevtralen / ne vem	5	2,5
	Se ne strinjam	9	4,5
	Sploh se ne strinjam	0	0
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Veliko oporo družine, sorodnikov in prijateljev ima 75,3% starostnikov iz skupine »DSO« in 93% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 44).

Tabela 45: Bolečine pri gibanju.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	39	18,9
	Pogosto	57	27,7
	Občasno	33	16
	Redko	48	23,3
	Nikoli	29	14,1
	Skupaj	206	100
DOMA	Zelo pogosto	30	15
	Pogosto	40	20
	Občasno	52	26
	Redko	40	20
	Nikoli	38	19
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Bolečine, ki ga pri gibanju omejujejo občasno, pogosto ali zelo pogosto, ima 62,6% starostnikov iz skupine »DSO« in 61% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 45).

Tabela 46: Tehtanje.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	2	1
	Pogosto	35	17
	Občasno	17	8,3
	Redko	40	19,4
	Nikoli	112	54,4
	Skupaj	206	100
DOMA	Zelo pogosto	14	7
	Pogosto	38	19
	Občasno	58	29
	Redko	76	38
	Nikoli	14	7
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik 2015.

V ustanovah institucionalnega varstva starostnike tehtajo redko (19,4%) in nikoli (54,4%) starostnikov. Tudi 45% starostnikov iz skupine »DOMA« se redko ali nikoli ne tehta (Tabela 46).

Tabela 47: Pozitivna ocena zadovoljstva s kakovostjo življenja.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	14	6,8
	Se strinjam	117	56,8
	Nevtralen / ne vem	16	7,8
	Se ne strinjam	52	25,2
	Sploh se ne strinjam	7	3,4
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	70	35
	Se strinjam	95	47,5
	nevtralen / ne vem	21	10,5
	Se ne strinjam	12	6
	Sploh se ne strinjam	2	1
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Zadovoljnih s kakovostjo življenja je 63,6%, nezadovoljnih pa 28,6% starostnikov iz skupine »DSO«. V skupini »DOMA« je s kakovostjo življenja zadovoljnih 82,5% in nezadovoljnih 7% starostnikov (Tabela 47).

Tabela 48: Pozornost, posvečena željam in potrebam starostnika.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	52	25,2
	Se strinjam	96	46,6
	Nevtralen / ne vem	10	4,9
	Se ne strinjam	48	23,3
	Skupaj	206	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	83	41,5
	Se strinjam	103	51,5
	Nevtralen / ne vem	3	1,5
	Se ne strinjam	11	5,5
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Da jim svojci in negovalci posvečajo dovolj pozornosti, se popolnoma strinja 25,2% in se strinja 46,6% starostnikov iz skupine »DSO«. Iz skupine »DOMA« pa se popolnoma strinja 41,5%, se strinja pa 51,5% starostnikov (Tabela 48).

Tabela 49: Izogibanje pitju tekočin.

Bivanje	Odgovori	Število anketirancev	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	3	1,5
	Pogosto	7	3,4
	Občasno	5	2,4
	Redko	3	1,5
	Nikoli	188	91,3
	Skupaj	206	100
DOMA	Zelo pogosto	5	2,5
	Pogosto	12	6
	Občasno	20	10
	Redko	43	21,5
	Nikoli	120	60
	Skupaj	200	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

V skupini »DSO« se občasno, pogosto in zelo pogosto izogiba tekočini 7,3% in v skupini »DOMA« 18,5% starostnikov (Tabela 49).

Ob pozitivnem odgovoru na osemnajsto vprašanje, ali se pogosto namenoma izogibajo pitju tekočin, smo starostnikom dali možnost, da pojasnijo vzrok za samoomejevanje pri pitju tekočin. Vzroki, ki so jih za namerno izogibanje pitju tekočin navajali starostniki, so bili zelo različni. Kot najpogostejše vzroke so navajali: bolezen srca, težko dihanje, uhajanje urina in težave s prostato.

6.2.2 Rezultati odgovorov na anketna vprašanja in trditve od 19 do 28.

Na prvih 18 vprašanj so odgovarjali vsi anketirani starostniki. V nadaljevanju predstavljamo rezultate, dobljene na podlagi odgovorov starostnikov, ki so pri hranjenju, pitju in gibanju potrebovali pomoč druge osebe. Ti so ob vprašanjih 1-18 odgovarjali še na dodatna vprašanja, označena s številkami od 19 do 28.

Zaradi slabega počutja dveh starostnikov, ki sta pri hranjenju, pitju in gibanju potrebovala pomoč, smo njuno anketiranje predčasno zaključili, zato na dodatna vprašanja nista odgovarjala. Na dodatna vprašanja od 19-28 je odgovarjalo skupno 142 anketiranih starostnikov. Med skupinama je bila izrazita razlika v deležu starostnikov, ki so pri hranjenju, pitju in gibanju potrebovali pomoč. V skupini »DSO« je bilo takih starostnikov 124 (60,2%), v skupini »DOMA« pa le 18 (9%).

Tabela 50: Pomoč pri hranjenju in pitju.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	13	10
	Se strinjam	98	80
	Nevtralen / ne vem	5	4
	Se ne strinjam	8	6
	Skupaj		124
DOMA	Popolnoma se strinjam	3	16,6
	Se strinjam	13	72,2
	Nevtralen / ne vem	1	5,6
	Se ne strinjam	1	5,6
	Skupaj		18

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Svojci in oskrbovalci ob hranjenju in pitju starostnikom pomagajo in si za pomoč vzamejo dovolj časa. Takšno mnenje ima 90% starostnikov iz skupine »DSO« in 88,8% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 50).

Tabela 51: Namestitev starostnika v udoben položaj ob izvajanju aktivnosti hranjenja in pitja.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	14	11,3
	Se strinjam	100	80,7
	Nevtralen / ne vem	3	2,4
	Se ne strinjam	7	5,6
	Skupaj	124	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	2	11,2
	Se strinjam	14	77,6
	Nevtralen / ne vem	1	5,6
	Se ne strinjam	1	5,6
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Kar 92% starostnikov iz skupine »DSO« in 88,8% starostnikov iz skupine »DOMA« se strinja s trditvijo, da jih svojci in oskrbovalci pri hranjenju in pitju namestijo v udoben položaj (Tabela 51).

Tabela 52: Zaužita ponujena hrana in tekočina.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	17	13,7
	Pogosto	31	25
	Občasno	12	9,7
	Redko	52	41,9
	Nikoli	12	9,7
	Skupaj	124	100
DOMA	Zelo pogosto	0	0
	Pogosto	4	22,2
	Občasno	5	27,8
	Redko	8	44,4
	Nikoli	1	5,6
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Pogosto ali zelo pogosto, zaužije vso ponujeno hrano in tekočino 38% starostnikov iz skupine »DSO« in 22% starostnikov iz skupine »DOMA«. Redko pa 42% iz skupine »DSO« in 44% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 52).

Tabela 53: Spremljanje vnosa in izločanja tekočin.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	2	1,6
	Se strinjam	28	22,6
	Nevtralen / ne vem	19	15,3
	Se ne strinjam	63	50,8
	Sploh se ne strinjam	12	9,7
	Skupaj	124	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	2	11,1
	Se strinjam	7	38,8
	Nevtralen / ne vem	2	11,1
	Se ne strinjam	4	22,2
	Sploh se ne strinjam	3	16,6
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Samo 24,2% starostnikov iz skupine »DSO« meni, da oskrbovalci redno spremljajo njihov vnos in izločanje tekočin. Bolj pogosto pri starostnikih iz skupine »DOMA«. V tej skupini 49,9% starostnikov meni, da svojci oziroma oskrbovalci redno spremljajo njihov vnos in izločanje tekočin (Tabela 53).

Tabela 54: Dostopnost do tekočine.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	73	58,9
	Se strinjam	46	37,1
	Nevtralen / ne vem	1	0,8
	Se ne strinjam	4	3,2
	Skupaj	124	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	4	22,2
	Se strinjam	13	72,2
	Nevtralen / ne vem	0	0
	Se ne strinjam	1	5,6
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Kar 96% starostnikov iz skupine »DSO« in 94,4% starostnikov iz skupine »DOMA« se strinja, da tekočino dobijo vedno, kadar zanjo prosijo (Tabela 54).

Tabela 55: Temperatura ponujene tekočine.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	14	11,3
	Se strinjam	87	70,2
	Nevtralen / ne vem	16	12,9
	Se ne strinjam	7	0,6
	Skupaj	124	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	5	27,8
	Se strinjam	12	66,6
	Nevtralen / ne vem	0	0
	Se ne strinjam	1	5,6
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Starostniki iz obeh skupin so s temperaturo postreženih tekočin zadovoljni (81,5% starostnikov iz skupine »DSO« in 94,4% starostnikov iz skupine »DOMA«) (Tabela 55).

Tabela 56: Spodbujanje k pitju tekočin.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	3	2,4
	Pogosto	41	33,1
	Občasno	22	17,7
	Redko	42	33,9
	Nikoli	16	12,9
	Skupaj	124	100
DOMA	Zelo pogosto	2	11,1
	Pogosto	8	44,4
	Občasno	3	16,7
	Redko	3	16,7
	Nikoli	2	11,1
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Le 35,5% starostnikov iz skupine »DSO« in 55,5% starostnikov iz skupine »DOMA« meni, da jih svojci in oskrbovalci pogosto oziroma zelo pogosto spodbujajo k pitju tekočin (Tabela 56).

Tabela 57: Pogosto zatikanje hrane in tekočine.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Zelo pogosto	3	2,4
	Pogosto	13	10,5
	Občasno	19	15,3
	Redko	9	7,3
	Nikoli	80	64,5
	Skupaj	124	100
DOMA	Zelo pogosto	0	0
	Pogosto	2	11,1
	Občasno	3	16,7
	Redko	1	5,6
	Nikoli	12	66,6
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Težave z občasnim, pogostim ali zelo pogostim zatikanjem hrane in tekočine ima 28,2% starostnikov iz skupine »DSO« in 27,8% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 57).

Tabela 58: Skrb za intimno nego.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	17	13,7
	Se strinjam	86	69,3
	Nevtralen / ne vem	7	5,7
	Se ne strinjam	14	11,3
	Skupaj	124	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	5	27,7
	Se strinjam	12	66,7
	Nevtralen / ne vem	1	5,6
	Se ne strinjam	0	0
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Da je za njihovo intimno nego dobro poskrbljeno, meni 83% starostnikov iz skupine »DSO« in 94,4% starostnikov iz skupine »DOMA« (Tabela 58).

Tabela 59: Ponujena tekočina ob zaužitju zdravil.

Bivanje	Odgovori	Nesamostojni anketiranci	Odstotek
DSO	Popolnoma se strinjam	79	63,7
	Se strinjam	43	34,7
	Nevtralen / ne vem	1	0,8
	Se ne strinjam	1	0,8
	Skupaj	124	100
DOMA	Popolnoma se strinjam	6	33,3
	Se strinjam	11	61,1
	Nevtralen / ne vem	1	5,6
	Se ne strinjam	0	0
	Skupaj	18	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Zdravila veliki večini anketiranih starostnikov oskrbovalci vedno postrežejo z dovolj tekočine, trdi 98,4% starostnikov v skupini »DSO« in 94,4% v skupini »DOMA« (Tabela 59).

6.2.3 Rezultati anketiranja po posameznih »DSO«.

Vsi anketirani starostniki iz skupine »DSO« so odgovarjali na vprašanja od 1 do 18 (skupno 206 starostnikov). Starostniki, ki so pri hranjenju, pitju in gibanju potrebovali pomoč druge osebe, pa še na vprašanja 19-28, (124 od 206 starostnikov). Najprej si pogledjmo število anketiranih po posameznih »DSO«

Tabela 60: Število anketiranih po posameznih »DSO«.

»DSO«	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	23	11,1
Dom sv. Lenarta	20	9,7
Dom Danice Vogrinec Pobrežje	38	18,4
Dom Danice Vogrinec Tabor	20	9,7
Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	24	11,7
Dom dr. Jožeta Potrča Slo. Bistrica	20	9,7
Sončni dom	20	9,7
Dom pod Gorco	20	9,7
Dom Tezno	21	10,2
Skupaj	206	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

V vsakem »DSO« smo anketirali približno 10% vseh, v anketo vključenih starostnikov. Izstopa eden največjih »DSO« v Sloveniji, Dom Danice Vogrinec Pobrežje, v katerem smo anketirali 18,4% v raziskavo vključenih starostnikov iz »DSO« (Tabela 60).

Tabela 61: Odstotek anketiranih glede na število stanovalcev po posameznih »DSO«.

»DSO«	Število varovancev	Odstotek
Dom Da Dom Idila	155	14,8
Dom sv. Lenarta	165	12,1
Dom Danice Vogrinec Pobrežje	548	6,9
Dom Danice Vogrinec Tabor	191	10,4
Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	230	10,4
Dom dr. Jožeta Potrča Slo. Bistrica	122	16,4
Sončni dom	151	13,2
Dom pod Gorco	138	14,4
Dom Tezno	228	9,2

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Odstotki anketiranih glede na število stanovalcev v posameznih »DSO« se gibljejo med 6,9% in 16% stanovalcev posameznega »DSO« (Tabela 61).

V nadaljevanju predstavljamo povzetke rezultatov odgovorov po posameznih »DSO« (Tabela 62). Frekvenčne tabele, iz katerih je razvidno, kako so na vprašanja odgovarjali anketirani starostniki v posameznem »DSO«, smo zaradi velikosti in dejstva, da v rezultatih med posameznimi »DSO« ni bistvenih razlik, dali med priloge.

Tabela 62: Povzetki rezultatov po posameznih »DSO«.

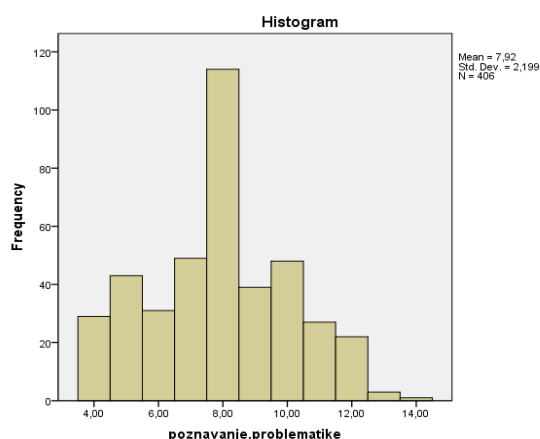
Da je dehidracija problem, starostniki v posameznih »DSO« ocenjujejo od 55% v »DSO«, kjer je takšnega mnenja najmanj anketiranih, do 90%, kjer je takšnega mnenja največ anketiranih.
Da je uživanje tekočin pomembno za zdravje, so se starostniki strinjali v vseh »DSO«. Takšnega mnenja je bilo od 75% do 100% anketiranih starostnikov v posameznem »DSO«.
O pomenu uživanja tekočin so dovolj poučeni, meni od 65%, kjer je bilo takšnega mnenja najmanj anketiranih, do 95% v »DSO«, kjer je takšnega mnenja največ anketiranih starostnikov.
Potrebna je javna propaganda o pomenu uživanja tekočine, meni od 35% anketiranih v »DSO«, kjer je takšnega mnenja najmanj, do 80% v »DSO«, kjer je takšnega mnenja največ anketiranih.
Pogosto ali zelo pogosto občuti žejo 40-50% anketiranih starostnikov v vseh »DSO«.
Anketiranim starostnikom v vseh »DSO« je vedno na voljo dovolj tekočine. Odstotki strinjanja presegajo 90% v vseh »DSO«.
Približno 50% vseh anketiranih v vseh »DSO« lahko pogosto ali zelo pogosto izbira želeno tekočino. Prav toliko starostnikov pa te možnosti nima.
V enem »DSO« kar 52,6% anketiranih starostnikov trdi, da jim med obrokom tekočina ni nikoli postrežena. V ostalih »DSO« je odstotek manjši.
Več kot dve tretjini anketiranih meni, da je sadje postreženo pogosto ali zelo pogosto. Da je sadje postreženo redko ali nikoli«, meni manj kot ena tretjina anketiranih, v vseh »DSO«.
Večina starostnikov (več kot 70%) v vseh »DSO« se strinja, da jim je pomoč vedno na voljo.
Več kot 80% anketiranih starostnikov v vseh »DSO« se zaradi svoje starosti ne čuti zapostavljene.
Dve tretjini anketiranih starostnikov v posameznem »DSO« nima zadržkov, kadar je treba prositi za pomoč, ena tretjina pa se ob tem počuti neprijetno.
Večina starostnikov v vseh »DSO« meni, da so jim družina, sorodniki in prijatelji v veliko podporo. 10 do 20% starostnikov po posameznem »DSO« pa ni tega mnenja.
Bolečine, ki jih pri gibanju omejujejo, ima do 65 % anketiranih v posameznem »DSO«.
V večini »DSO« starostnike tehtajo redko ali nikoli.
Približno 70% anketiranih starostnikov v vseh »DSO« je s svojim življenjem zadovoljnih.
Da jim svojci in negovalci namenjajo dovolj pozornosti, meni 35% anketiranih v »DSO«, kjer je takšnega mnenja najmanj, do 90% v »DSO«, kjer je takšnega mnenja največ anketiranih.
Odstotek starostnikov, ki se namenoma izogibajo pitju tekočin, je v večini »DSO« od 0-10%. V enem »DSO« pa to pogosto ali zelo pogosto počne 25% anketiranih starostnikov.
Kadar starostnika hranijo, si oskrbovalci za to opravilo vzamejo dovolj časa, meni v večini »DSO« več kot 90% anketiranih. Izstopa »DSO«, kjer je nasprotnega mnenja 18,2% anketiranih.
Da jih oskrbovalci ob hranjenju in pitju namestijo v udoben položaj, se strinja približno 80% anketiranih starostnikov v vseh »DSO«.
Približno ena tretjina anketiranih starostnikov redko zaužije celotne obroke.
Starostnikov, ki se strinjajo, da oskrbovalci redno spremljajo njihov vnos in izločanje tekočin, je v »DSO«, kjer je strinjanje najmanjše 17,9% in 40% v »DSO«, kjer je strinjanje največje.
Skoraj vsi starostniki v vseh »DSO« zatrjujejo, da dobijo tekočino vedno, kadar zanjo prosijo.
Tekočina, ki je postrežena, je vedno primerne temperature, meni več kot 80% anketiranih v vseh »DSO«.
Samo polovica anketiranih starostnikov trdi, da jih v »DSO« pogosto ali zelo pogosto spodbujajo k pitju tekočin.
Skoraj četrtina starostnikov v vseh »DSO« navaja občasno, pogosto ali zelo pogosto zatikanje hrane in tekočine. Izstopa »DSO«, kjer zatikanje hrane in tekočine navaja kar 44% anketiranih.
Z intimno nego je zadovoljnih okoli 80% anketiranih starostnikov, razen v »DSO«, v katerem je zadovoljstvo z intimno nego izrazilo le 45,4% anketirancev.
Da predpisana zdravila starostnikom vedno postrežejo z dovolj tekočine, se strinjajo vsi starostniki v vseh »DSO«.

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

6.2.4 Konstrukt 1: Poznavanje problematike zadostnega uživanja tekočin

S pomočjo vprašanj 1 - 4, Konstrukt 1, smo želeli dobiti odgovor na vprašanje, ali se starostniki zavedajo pomena zadostnega uživanja tekočin in posledic, ki jih ima za njihovo zdravje dehidracija. Izhajali smo iz predpostavke, zasnovane na osebnih izkušnjah in pilotski raziskavi (Lešnik in Bevc, 2015, 144-148), da problem dehidriranosti obstaja, kljub temu da obstaja splošno zavedanje o pomenu zadostnega uživanja tekočin na zdravje. Odgovore na prva štiri vprašanja smo združili v skupno oceno: Konstrukt 1 »poznavanje problematike« (teoretičen razpon vrednosti je od 4 do 20) (Graf 13).

Graf 13: Poznavanje problematike.



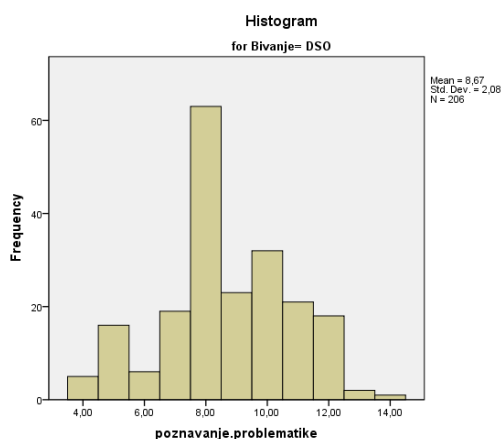
Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Kot je razvidno iz histograma, je mediana enaka 8, vrednosti pa se gibljejo v razponu od 4 do 14. Poskušamo opisati konstrukt, sestavljen iz odgovorov na 4 različna vprašanja, vendar ne moremo trditi, da se v teh odgovorih ne skriva več dejavnikov (ocena konsistentnosti je zadovoljiva, ni pa odlična), zato smo v opisu konstrukta nekoliko bolj splošni - opisuje poznavanje problematike zadostnega uživanja tekočin. Nižja vrednost seštevek odgovorov tako odraža višjo stopnjo poznavanja problematike. Domnevali smo, da se starostniki zavedajo pomena zadostnega uživanja tekočin, kar lahko opredelimo kot predpostavko, da bo večina seštevkov 4 odgovorov nižja od hipotetične mediane (dejanske mediane ne poznamo), ki jo postavimo pri vrednosti 12 (seštevek 4 »enakovrednih« odgovorov s srednjo vrednostjo 3). Hipotezo preverimo s pomočjo Wilcoxonovega testa predznačenih rangov. Kot je bilo možno razbrati že na podlagi histograma, je velika večina seštevkov nižjih od hipotetične mediane (kar 380 izmed 406) in rezultat preizkusa ni presenetljiv: $z = -17,008$; $p < 0,001$. Poznavanje problematike, kot ga sami pri sebi ocenjujejo anketiranci, je statistično značilno višje od predpostavljenega povprečja. Tukaj lahko izpostavimo, da bi tudi pri precej bolj strogem pogoju (npr. pri nižji hipotetični mediani 9) dobili podoben rezultat.

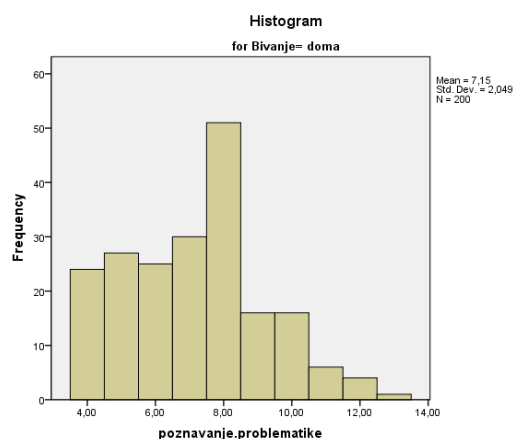
6.2.4.1 Primerjava poznavanja problematike zadostnega uživanja tekočin glede na skupino

Čeprav primerjave v poznavanju problematike med skupinama (»DSO«:»DOMA«) nismo zastavili kot ene izmed hipotez, nas je kljub temu zanimalo, ali se glede na samo ocenjeno poznavanje problematike skupini razlikujeta (Graf 14 in 15).

Graf 14 in 15: Poznavanje problematike glede na mesto bivanja.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

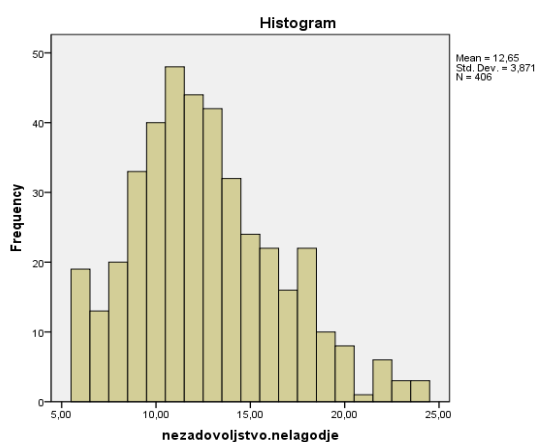
Razpon vrednosti v skupini »DSO« je od 4 do 14, mediana = 8, medtem, ko je razpon v skupini »DOMA« med 4 in 13, mediana = 7. Obenem lahko opazimo, da so v skupini »DSO« kar tri četrtine vseh vrednosti enake ali višje od 8, medtem ko je takih v skupini »DOMA« le četrtina. Razliko nam potrди tudi Mann-Whitney test, ki pokaže, da razlika med skupinama ni naključna (je statistično značilna): $U = 12381,50$; $z = -7,055$; $p < 0,001$. Sklepamo lahko, da je poznavanje problematike zadostnega uživanja tekočin (ali vsaj dojetanje le-tega) boljše pri starostnikih iz skupine »DOMA«.

6.2.5 Konstrukt 2: Zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje

S pomočjo vprašanj od 10 do 13 ter 16 in 17 smo želeli dobiti oceno splošnega »zadovoljstva/nezadovoljstva oziroma lagodja/nelagodja« pri doživljanju lastnega življenja in socialne podpore družine, sorodnikov in prijateljev med anketiranimi starostniki. Medtem ko je pri vprašanih 11 in 12 višja vrednost na Likertovi lestvici odražala manjše nezadovoljstvo/nelagodje, je višja vrednost pri ostalih vprašanih iz tega konstrukta odražala višje nezadovoljstvo/nelagodje. Tako smo odgovore na vprašanja 11 in 12 najprej obrnili in šele nato združili z ostalimi v skupno oceno »nezadovoljstva/nelagodja« pri doživljanju lastnega življenja in socialne podpore družine, sorodnikov in prijateljev (teoretičen razpon vrednosti je tako od 6 do 30) dejanski pa od 6 do 24, mediana je 12. Nižja vrednost seštevka odraža višjo stopnjo zadovoljstva in manjše nelagodje, medtem ko višje vrednosti lahko interpretiramo kot nižje splošno zadovoljstvo in večje nelagodje. Tudi v tem primeru ne moremo trditi, da odgovori na vseh 6 vprašanj v sklopu opisujejo zgolj en konstrukt, vendar interkorelacija med odgovori obstaja (izmerjena je bila zadovoljiva, že skoraj dobra stopnja notranje konsistentnosti).

Glede splošnega zadovoljstva/nezadovoljstva oziroma lagodja/nelagodja starostnikov, ki ima velik vpliv na njihovo vedenje, subjektivne občutke in interakcijo z okolico, nismo oblikovali hipoteze, nas pa je zanimalo, ali samoocena anketirancev odstopa od hipotetičnega povprečja (teoretične povprečne vrednosti, če bi na vprašanja iz tega sklopa odgovarjali z vmesno, neopredeljeno vrednostjo na Likertovi lestvici) (Graf 16).

Graf 16: Nezadovoljstvo/nelagodje.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

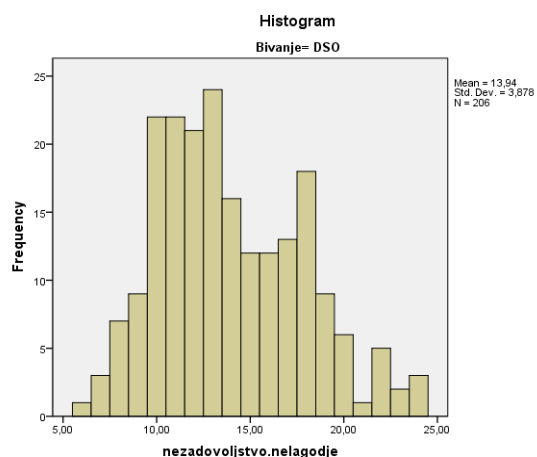
Tudi tokrat smo morebitno odstopanje od hipotetične mediane vrednosti 18, (prava mediana nam ni znana) preverili s pomočjo Wilcoxonovega testa predznačenih rangov (za t-test se nismo odločili zaradi nekoliko asimetrične porazdelitve).

Kot je bilo možno razbrati že na podlagi histograma, je velika večina seštevkov nižjih od hipotetične mediane (kar 353 izmed 406) in rezultat preizkusa ni presenetljiv: $z = -16,022$; $p < 0,001$. Nezadovoljstvo/nelagodje, kot ga sami pri sebi ocenjujejo anketiranci, je statistično značilno nižje od predpostavljenega povprečja, torej je samoocena lastnega zadovoljstva bolj pozitivna, kot bi jo pričakovali pri povsem nevtralni/neopredeljeni populaciji.

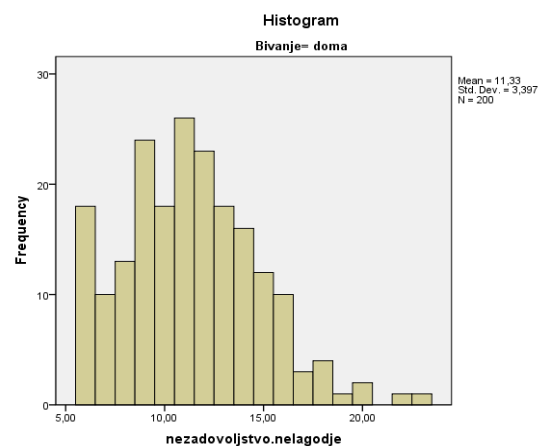
6.2.5.1 Primerjava zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje glede na skupino.

Čprav primerjave glede zadovoljstva/nezadovoljstva oziroma lagodja/nelagodja med skupinama (»DSO«:»DOMA«) nismo zastavili kot ene izmed hipotez, nas je kljub temu zanimalo, ali se glede na samo ocenjeno zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje v starosti pri doživljanju lastnega življenja in socialne podpore družine in okolja starostnika skupini razlikujeta (Graf 17 in 18).

Graf 17 in 18: Zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje glede na skupino »DSO« in »DOMA«.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Razpon vrednosti v skupini »DSO« je od 6 do 24, mediana = 13, medtem ko je razpon v skupini »DOMA« med 6 in 23, mediana = 11. Razliko nam potrди tudi Mann-Whitney test, ki pravi, da razlika med skupinama ni naključna (je statistično značilna): $U = 12892,50$; $z = -6,543$; $p < 0,001$.

Sklepamo lahko, da je splošno zadovoljstvo (ali vsaj dojemanje le-tega) višje pri skupini starostnikov, ki stanujejo doma. Seveda ne smemo pozabiti, da se skupini tudi drugače razlikujeta (na primer po povprečni starosti) in je tako potrebna previdnost, ko iščemo vzrok.

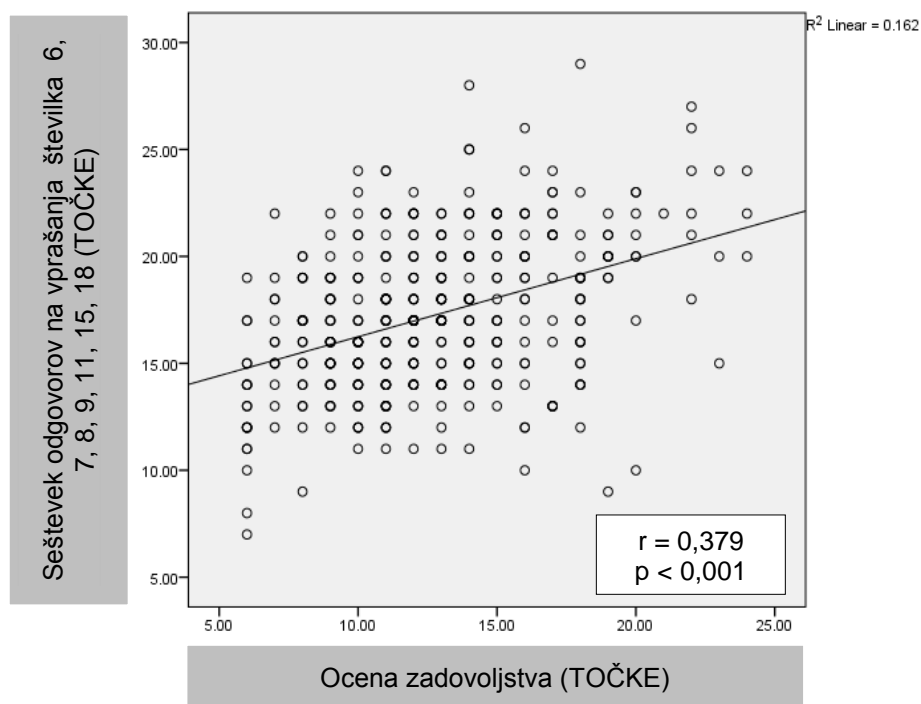
Podobno kot pri prvem delu analize (primerjava rezultatov na podlagi laboratorijskih meritev) tudi tokrat velja, da če želimo na podlagi opravljenih primerjav preverjati tudi hipoteze in se ne bi zadovoljili zgolj s pregledovalno analizo, bi morali ustrezno korigirati mejo statistične značilnosti. Potrebno je namreč upoštevati, da z večanjem števila primerjav med skupinama, raste tudi verjetnost nepravilne zavrnitve ničelne hipoteze. Najpogosteje se pri korekciji meje statistične značilnosti uporablja Bonferronijev popravek, pri katerem izbrano mejo statistične značilnosti α delimo s številom vseh povezanih primerjav.

V našem primeru (2. del analize) so bile vse p vrednosti izrazito nizke, tako da zaključki o statistično značilnih razlikah/odstopanjih veljajo tudi po upoštevanju popravka in lahko tako trdimo, da bi na novem vzorcu anketirancev dobili podoben rezultat.

Glede na trditev v konstrukt 2, da ima splošno »zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje« z lastnim življenjem in odnosi z družino, sorodniki in prijatelji velik vpliv na starostnikovo vedenje, subjektivne občutke in interakcijo z okolico, smo želeli s pomočjo konstrukta 2 preveriti, ali ima splošno »zadovoljstvo/nezadovoljstvo oziroma lagodje/nelagodje« z lastnim življenjem in odnosi z družino, sorodniki in prijatelji vpliv na starostnikovo vedenje, subjektivne občutke in interakcijo z okolico (kar smo poskusili oceniti s preostalimi vprašanji). S pomočjo analize korelacij smo želeli potrditi povezavo med oceno zadovoljstva in seštevkom odgovorov anketirancev na vprašanja, ki niso del 1. in 2. konstrukta. Ločeno smo iskali povezavo med oceno zadovoljstva in anketiranci, ki so odgovorili na anketna vprašanja številka 6,7,8,9,14,15 in 18 (obrnjene vrednosti)

ter povezavo med oceno zadovoljstva in anketiranci, ki so ob zgoraj naštetih vprašanih številka 6,7,8,9,14,15 in 18 odgovorili tudi na anketna vprašanja, označena s števkami od 19 do 28 (obrnjene vrednosti odgovorov pri vprašanju 26). S testom normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test) smo potrdili, da vrednosti niso normalno porazdeljene, zato smo za določitev povezave med oceno zadovoljstva in seštevkom odgovorov anketirancev uporabili Spearmanov korelacijski koeficient (Slika 2 in 3).

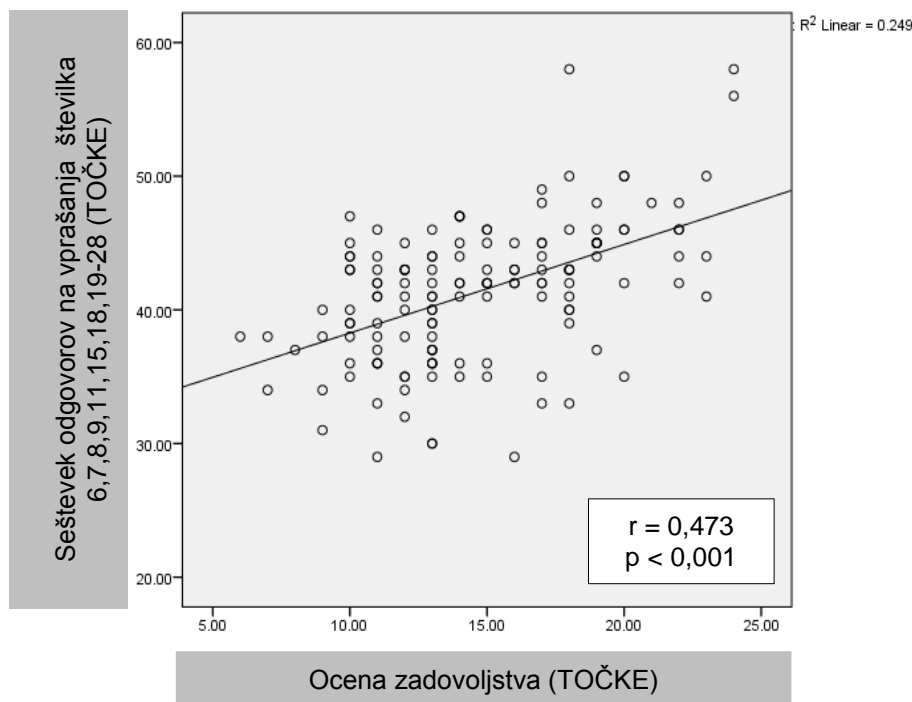
Slika 2: Povezava med oceno zadovoljstva in seštevkom odgovorov na vprašanja številka 6,7,8,9,14,15,18.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Slika 2 prikazuje analizo korelacij, ki je potrdila statistično značilno pozitivno povezavo med oceno zadovoljstva in seštevkom odgovorov na vprašanja številka 6,7,8,9,14,15,18 ($r = 0,379$; $p < 0,001$).

Slika 3: Povezava med oceno zadovoljstva in seštevkom odgovorov na vprašanja številka 6,7,8,9,14,15,18 in 19-28.



Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Iz slike 3 je razvidna analiza korelacij, ki je tudi tukaj potrdila statistično značilno pozitivno povezavo med oceno zadovoljstva in seštevkom odgovorov na vprašanja številka 6,7,8,9,14,15,18 in 19-28 ($r = 0,473$; $p < 0,473$).

Na podlagi rezultatov ugotovimo, da so starostniki, pri katerih je samoocena lastnega »zadovoljstva/nezadovoljstva oziroma lagodja/nelagodja« bolj negativna, tudi bolj negativno odgovarjali na vprašanja, ki se nanašajo na njihovo subjektivno oceno kakovosti oskrbe.

Zavoljo navedb različnih avtorjev (Cheuvront in drugi, 2013; Faes in drugi, 2007, Montes, 2006a; Kocjančič, 2000), da s starostjo občutek za žejo upada, smo v vprašalnik vključili tudi vprašanje o pogostosti občutka žeje (anketno vprašanje številka 5) in poskusili ugotoviti, ali trditev velja tudi pri v našo raziskavo vključenih starostnikih. Za oceno korelacije med starostjo in pogostostjo občutka žeje smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient (starost naših anketiranih starostnikov je sicer približno normalno porazdeljena, vendar je pogostost občutka žeje vrstna spremenljivka merjena s 5-stopenjsko lestvico). Ugotovili smo, da je prisotna statistično značilna negativna korelacija med starostjo in pogostostjo občutka žeje ($r = -0,115$; $p = 0,020$), kar je v skladu z navedbami omenjenih avtorjev in potrjuje, da občutek za žejo s starostjo upada tudi pri naši raziskovani populaciji.

7 RAZPRAVA

Dobra socialna interakcija, usmerjenost oskrbovalcev v individualne potrebe in želje starostnika so pomembne razsežnosti kakovostne oskrbe, v katero spada tudi skrb za pitje zadostnih količin tekočine pri starostnikih. Za zdravo in kakovostno staranje je pomemben vidik učinkovito delovanje telesa, ki je v veliki meri odvisno od ravnovesja tekočin v telesu (Faes in drugi, 2007, 590).

Potrebe po tekočini se zelo razlikujejo in so močno odvisne od telesne aktivnosti, stresa, okolja, kulture in običajev. Kayser-Jones in drugi (1999, 1193) opozarjajo, da je zagotoviti starostnikom dovolj tekočine univerzalna fiziološka potreba in če tega nismo sposobni, smo resno zanemarili in zapustili naše starostnike. Ljudje pijejo pijače iz različnih razlogov, saj je pitje zadostnih količin tekočine kompleksna dejavnost, ki vključuje fizične, psihične in socialne dejavnike. Kadar starostniki sami iz kakršnih koli razlogov ne poskrbijo za zadovoljiv vnos tekočin, je skrb za zadovoljiv vnos tekočine dolžnost in skrb tistih, ki z njimi živijo ali zanje skrbijo.

Bistven sestavni del hidracijskih prizadevanj je prepoznavanje dejavnikov tveganja za dehidracijo starostnika. Čeprav v skupino starostnikov z dejavniki tveganja za dehidracijo najpogosteje uvrščamo starostnike, odvisne od pomoči drugih, so lahko tudi starostniki, ki so sposobni za samostojno uživanje tekočin, pa tega v praksi ne storijo, celo bolj ogroženi za dehidracijo. Zaradi prepričanja, da lahko ti starostniki sami poskrbijo za vnos tekočin, so le ti redko deležni spodbud k pitju tekočin. Hidracijska praksa, ki podpira starostnikove individualne potrebe po tekočini, je zapletena in presega zgolj zagotavljanje zadovoljive količine tekočin (Godfrey in drugi, 2012, 1200).

Namen naše raziskave je bil ugotoviti stanje tekočinskega ravnovesja starostnikov, starih 65 in več let, ki bivajo v ustanovah institucionalnega varstva v Mariboru in okolici in ugotovitve primerjati s starostniki, ki bivajo v domačem okolju. Pri tem smo poskušali odkriti institucijske ter sociokulturne dejavnike, ki vplivajo na pogosto tekočinsko neravnovesje starostnikov v našem okolju in osmisлити izkušnje starostnikov in njihovih oskrbovalcev ter razširiti znanje za podporo razvoju dobre hidracijske prakse. Kot smo predstavili rezultate raziskave, bomo tudi razpravo podali v dveh delih.

7.1 Razprava glede na rezultate klinične raziskave

V klinični raziskavi smo se osredotočili na ugotavljanje pojavnosti tekočinskega neravnovesja - dehidracije pri starostnikih, obravnavanih v INP UKC Maribor, kamor gravitirajo bolniki večjega dela severovzhodne Slovenije. Po v naprej izdelanem protokolu zajema podatkov in vzorcev za pridobitev krvnih vrednosti (natrij, sečnina, kreatinin in osmolalnost) smo starostnikom, s strani zdravnika napotenim v našo institucijo, odvzeli vzorce krvi. Vzorci krvi za laboratorijske analize so bili odvzeti 536 starostnikom in poslani na analizo v referenčni laboratorij UKC Maribor. Ob pregledu laboratorijskih rezultatov smo ugotovili, da pri 14, v raziskavo vključenih starostnikih, laboratorijska analiza ni bila opravljena ali ni vsebovala vseh naročenih parametrov. Vzrok je nepoznan, domnevamo, da je prišlo do poškodbe oz. hemolize vsebine vzorca, zaradi česar analize ni mogoče opraviti ali je ni mogoče opraviti v celoti. Starostnike brez laboratorijskega

izvida ali z nepopolnim izvidom smo iz klinične raziskave izključili. V nadaljevanju smo iz raziskave izključili še 80 starostnikov z ocenjeno glomerulno filtracijo <30 ml/min/1,73m² ter 28 starostnikov s simptomi srčnega popuščanja po kriteriju NYHA uvrščenih v razreda NYHA III in IV.

Preiskovanci v vzorcu, ki bivajo v institucionalnem varstvu, in tisti, ki živijo v domačem okolju, so se glede na zdravstveno stanje razlikovali. Pri vključevanju in izključevanju v raziskovalni vzorec opazimo, da je med preiskovanci, ki bivajo v institucionalnem varstvu, precej višji delež starostnikov s slabo ledvično funkcijo, ocenjeno z glomerulno filtracijo <30 ml/min na 1,73m² (21,4%), v primerjavi z 8.6% pojavnosti slabe ledvične funkcije v skupini starostnikov, ki bivajo v domačem okolju. V primeru glomerulne filtracije nismo raziskovali vnaprej postavljene hipoteze, zato test za ugotavljanje statistično značilne razlike med skupinama ni bil opravljen. Prav tako ob izključitvi starostnikov zaradi nizke ocenjene glomerulne filtracije nismo preverjali, ali imajo le-ti starostniki tudi srčno popuščanje, zato predstavlja podatek o številu starostnikov, ki so bili izključeni iz raziskave zaradi srčnega popuščanja, zgolj dodatno število izključenih starostnikov ob ohranjeni ledvični funkciji. Zavrlo spoznanih znakov srčnega popuščanja NYHA III in IV je bilo iz raziskave izključenih še dodatnih 2,3% starostnikov iz institucionalnega varstva in 3% starostnikov iz domačega okolja. Tako bo v nadaljevanju, kadar bodo podani deleži glede na ustrezen vzorec, kot celota mišljena skupina preiskovancev, ki so ostali vključeni v raziskavo (N=410).

Od 410 preiskovanih starostnikov je bilo v vzorcu 192 (46,8%) starostnikov (135 žensk in 57 moških), ki so bivali v institucionalnem okolju in 218 (53,2%) starostnikov (127 žensk in 91 moških), ki so bivali v domačem okolju. Povprečna starost vseh preiskovancev je bila 80,2 leta. Pri starostnikih, ločeno glede na mesto bivanja, pa je bila povprečna starost pri preiskovanih starostnikih iz institucionalnega okolja 82,5 let in 78,2 let pri starostnikih iz domačega okolja. Raziskava razkrije, da je v preiskovani populaciji razmerje med ženskami in moškimi pri starostnikih v institucionalnem varstvu v prid ženskam. Omenjeno razmerje med spoloma v naši raziskavi se ne razlikuje od razmerja, o katerem poroča Imperl, ki v svoji raziskavi ugotavlja, da je v Sloveniji delež žensk v institucionalnem varstvu bistveno večji od deleža moških. Po njegovih ugotovitvah je med osebami, starejšimi od 65 let, ki živijo v institucionalnem varstvu, 74,8% žensk in 25,2% moških. Takšen delež moških v institucionalnem varstvu ni presenetljiv, ker moški v Sloveniji umirajo precej mlajši od žensk (Imperl, 2012, 26). Razlike med spoloma so najbolj izrazite v starosti oseb nad 80 let, saj je v tem starostnem obdobju le še dobrih 15 % moških starostnikov (Vertot, 2008). Naš raziskovalni vzorec starostnikov je zajel 72,3% žensk in 27,7% moških iz institucionalnega varstva, med starostniki iz domačega okolja pa 58,3% žensk in 41,7% moških. Razlika v starosti in spolu med skupinama v vzorcu, po našem mnenju, ne vpliva na dobljene rezultate, saj je bila pri iskanju povezav med starostjo in spolom starostnikov ter različnimi označevalci dehidracije v raziskavi (Lešnik in Bevc, 2015, 147) statistično značilna povezava potrjena le pri ženskah starostnicah in nivojem sečnine in kreatinina (višja kot je starost višji je nivo sečnine in kreatinina). Omenjeno nima neposrednega vpliva na rezultate naše raziskave in v njej postavljene hipoteze.

Rezultati kliničnega dela raziskave so potrdili naše domneve o nezadostni hidraciji starostnikov v našem okolju. V celotni raziskovani populaciji so bili povišani označevalci dehidracije: pri 5 (1,2%) starostnikih natrij >145 mmol/l, pri 219 (53,4%) starostnikih je bila vrednost sečnine >20 mg/dl, pri 257 (62,7%) starostnikih pa je bilo razmerje sečnina:kreatinin $>20:1$. Vsi trije parametri, po mnenju številnih avtorjev, predstavljajo označevalce tekočinskega neravnovesja - dehidracijo. Vendar smo že v pilotski raziskavi stanja hidracije starostnikov v institucionalnem varstvu prišli do zaključka, da pri uporabi označevalcev dehidracije (natrij >145 mmol/l, vrednost sečnine >20 mg/dl, razmerje sečnina:kreatinin $>20:1$) obstaja nevarnost tako precenitve kot podcenitve realnega stanja hidracije starostnika (Lešnik in Bevc, 2015, 147). Podobno ugotavljajo tudi Thomas in drugi (2003, 251), ki navajajo, da je med starostniki, ki so bili v njihovi raziskavi spoznani za dehidrirane, le 11 (17%) imelo vrednosti natrija v serumu več kot 145 mmol/L. Zavoljo teh dejstev smo v naši raziskavi, kot glavni kriterij za oceno dehidracije, uporabili osmolalnost seruma. Za stanje dehidracije smo upoštevali vrednost osmolalnosti seruma ≥ 300 mOsmol/kg. Povečano osmolalnost seruma (≥ 300 mOsmol/kg) in s tem izpolnjen kriterij dehidriranosti je imelo 188 (45,9%) preiskovanih starostnikov. S temi rezultati smo potrdili našo prvo hipotezo, v kateri smo na podlagi subjektivnih ocen in pilotske raziskave trdili, da med starostniki v našem okolju obstaja pomembna pojavnost tekočinskega neravnovesja - dehidracije.

H1 Pri starostnikih, vključenih v raziskavo, obstaja pojavnost tekočinskega neravnovesja.

Naši rezultati so primerljivi z rezultati iz raziskave, ki so jo opravili Bennett in drugi (2004), (dehidracijo so definirali kot razmerje sečnina kreatinin $>20:1$), kjer ugotavljajo, da je imelo 48% v raziskavo vključenih starostnikov ob vstopu na urgentni oddelek krvne vrednosti, ki kažejo na dehidracijo. Zanimivo je, da je na podlagi fizičnega pregleda in ocenjevanja običajno uporabljenih kliničnih znakov dehidracije (potopljene oči, obložen jezik, vzdolžne brazde na jeziku, suh jezik, suha ustna sluznica, šibkost zgornjih telesnih mišic, slab turgor kože, hipotonija in barva urina) pred pridobitvijo krvnih izvidov bilo kot dehidriranih ocenjenih le 26% v raziskavo vključenih (Bennet, 2004, 22-28). To potrjuje dejstvo, da je ocenjevanje dehidracije samo na podlagi kliničnih znakov zelo pomanjkljivo in nezanesljivo. O podobnih rezultatih poročajo tudi Wu in drugi (2010, 586), ki so ugotovili, da je 45% v raziskavi sodelujočih starostnikov v institucionalnem varstvu dnevno zaužilo manj tekočin kot je bilo priporočeno in so zato imeli povišan vsaj en laboratorijsko določen označevalec hidracije. Tekočinsko neravnovesje lahko predstavlja tudi prekomerno vsebnost tekočine v telesu (hiperhidracija), zato moramo pri obravnavi raziskovalne teme jasno opredeliti, da gre za dehidracijo starostnikov. Rezultati kažejo, da je dehidracija (določena s kriterijem serumske osmolalnosti) prisotna pri 51% preiskovancih (98 od 192) iz institucionalnega varstva ter pri 41,3% preiskovancih (90 od 218) iz domačega okolja. Pojavnost dehidracije je pri starostnikih, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva, večja kot pri starostnikih, ki bivajo v domačem okolju. Razlika v pojavnosti dehidracije starostnikov med skupinama je statistično značilna. S tem smo potrdili našo drugo hipotezo, v kateri trdimo, da so starostniki, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva v Mariboru in okolici, slabše hidrirani od starostnikov, ki živijo v domačem okolju.

H2 Stanje tekočinskega ravnovesja pri starostnikih, ki živijo v institucionalnem varstvu, je slabše od stanja starostnikov, ki živijo v domačem okolju.

Naši rezultati potrjujejo trditve, ki jih lahko najdemo tudi v tuji literaturi, kjer številni avtorji ugotavljajo, da so starostniki v institucionalnem varstvu slabše hidrirani in bolj podvrženi dehidraciji od starostnikov, ki živijo v domačem okolju (Leibovitz in drugi, 2007,180). Nadalje ugotavljamo, da so naši rezultati pojavnosti dehidracije nekoliko višji kot v raziskavi (Mentes, 2006a, 42), ki je šest mesecev sledila stanovalcem v institucionalnem varstvu in ugotovila, da je bilo v tem času 31%, v raziskavi sodelujočih starostnikov, dehidriranih, vzroke pa pripiše neustrezni usposobljenosti oskrbovalcev in slabemu nadzoru oskrbe. Mnenja smo, da o podobnih vzrokih lahko govorimo tudi v našem okolju in bo zato potrebno v prihodnje posvetiti več pozornosti izobraževanju o pomembnosti zadostne hidracije in nadziranju izvajanja dosledne oralne hidracije stanovalcev v ustanovah institucionalnega varstva.

7.2 Razprava glede na rezultate anketiranja starostnikov

Za prikaz rezultatov anketiranja smo uporabili frekvenčno analizo odgovorov na vprašanja in trditve. Dobljene rezultate pa komentiramo s pomočjo literature, osebnih spoznanj in deduktivnega sklepanja. Anketiranih je bilo 406 starostnikov, od tega 200 (49,3%) starostnikov, ki bivajo v domačem okolju, in 206 (50,7%) starostnikov, ki bivajo v institucionalnem varstvu. Starostnike, ki bivajo v domačem okolju, smo anketirali v INP v obdobju od 24. junija 2014 do 24. decembra 2014. Anketiranja, ki so v povprečju trajala med 15 in 25 minut, so bila izvedena ob bolnikovi postelji na INP. Anketiranje starostnikov, ki so bivali v institucionalnem varstvu, pa smo opravili v institucijah v sobi anketiranja v obdobju od 1. februarja 2015 do 10. maja 2015. Kljub poskusom ustvarjanja domačnosti, smo ob prihodu v večini ustanov dokaj hitro opazili vidne znake institucionalne ureditve, kot je arhitektura po vzoru bolnišnic, enotno pohištvo, urnik in rutina, standardizirana obravnava, kjer je zasebnost pomanjkljiva, delo pa normirano po dobro vpeljanem institucionalnem režimu. Le-ta uporabnike in zaposlene omejuje v individualnosti in jih naredi neobčutljive za številne težave sočloveka. Anketirali smo povprečno 10% stanovalcev iz vsake ustanove, v kateri smo opravili anketiranje. Najprej pogledimo sociodemografske značilnosti anketirancev.

Kot med skupinama iz klinične raziskave, tudi med skupinama starostnikov, ki so bili anketirani (starostniki iz domačega okolja in starostniki, ki bivajo v institucionalnem varstvu), obstaja nesorazmerje glede razporeditve po spolu in starosti. V skupini starostnikov iz institucionalnega varstva je bilo anketiranih 72,3% žensk, medtem ko je bilo anketiranih žensk starostnic v skupini iz domačega okolja 54,5%. Prav tako je med skupinama tudi razlika v starosti.

V skupini anketiranih starostnikov, ki živijo v institucionalnem varstvu, je bila povprečna starost 83 let, v skupini starostnikov, ki živijo v domačem okolju, pa je bila 75 let. Glede na doseženo izobrazbo sta bili anketirani skupini dokaj primerljivi. Med anketiranci, ki bivajo v domačem okolju, smo anketirali nekoliko več oseb z višjo izobrazbo (23% proti 16%), vendar razlika ni statistično značilna.

Bolj izrazita kot pri spolu in starosti je bila razlika med skupinama pri samostojnosti. Medtem ko je v skupini iz institucionalnega varstva kar 60,7% anketirancev (125 od 206) potrebovalo dodatno pomoč pri hranjenju, pitju in/ali gibanju, je bilo takih v skupini iz domačega okolja le 9,5% (19 od 200). Po pričakovanju nam je razliko kot nenaključno potrdil tudi Pearsonov hi-kvadrat test.

Število kozarcev tekočine, ki jih v povprečju spijejo anketirani starostniki v domačem okolju, je bilo večje, kot med starostniki iz institucionalnega varstva. Razlika je bila najbolj izrazita pri kategorijah »1-3 kozarci na dan« (24,1% v skupini »DOMA« proti 39,3% v skupini »DSO«) ter »6 do 8 kozarcev na dan« (32,2% v skupini »DOMA« proti 16% v skupini »DSO«). Razliko nam potrdi tudi statistični test, pri čemer smo zaradi nizkih pričakovanih frekvenc v 1. kategoriji (»0 kozarcev«) izbrali Fisherjev natančni test. Čeprav Lindeman in drugi (2000, 361), ki so proučevali vnos tekočin pri 796 starostnikih, statistično značilnih razlik v koncentraciji natrija, sečnine in kreatinina v krvi med starostniki, ki so spili 3-5 kozarcev na dan, in tistimi, ki so spili 6 ali več kozarcev, niso ugotovili, pa lahko na podlagi rezultatov naše raziskave sklepamo, da so starostniki, ki pijejo manj, tudi bolj dehidrirani.

Za nadaljnjo razpravo o rezultatih anketiranja smo uporabili rezultate drugega in tretjega sklopa vprašanj, ki jih predstavljamo s pomočjo frekvenčnih tabel. (Frekvenčne tabele za vprašanja od 1 do 18, Frekvenčne tabele za vprašanja od 19 do 28 in Frekvenčne tabele za vsa vprašanja, razčlenjene po posameznih ustanovah institucionalnega varstva).

7.2.1 Razprava za vprašanja in trditve od 1 do 18

Ker je pri starostnikih, ki se zavedajo vpliva zadostnega uživanja tekočin na zdravje, bolj verjetno, da se bodo potrudili in zaužili večje količine tekočin (Wilson, 2006, 323), smo najprej preverili poznavanje problematike zadostnega uživanja tekočin. S pomočjo vprašanj iz konstrukta (Konstrukt 1), drugega sklopa vprašanj, smo želeli dobiti odgovor o zavedanju problematike pogoste dehidracije med starostniki in ali se starostniki zavedajo pomena zadostnega uživanja tekočin in posledic, ki jih ima za njihovo zdravje nezadostno uživanje tekočin. Domnevali smo, da se starostniki zavedajo pomena zadostnega uživanja tekočin in ugotovili, da se več kot tri četrtine anketiranih iz obeh skupin strinja, da je dehidracija problem pri starostnikih. Starostniki obeh skupin (starostniki iz domačega okolja in starostniki, ki bivajo v institucionalnem varstvu) se strinjajo in zavedajo, da je uživanje zadostne količine tekočine pomembno za njihovo zdravje. Rezultat je le nekoliko nižji od rezultata, do katerega so s pomočjo ankete prišli Abdallah in drugi, (2009, 49), kjer je 89% v raziskavi sodelujočih starostnikov opredelilo dehidracijo kot problem, ki vpliva na zdravje starostnikov.

Velika večina starostnikov iz obeh skupin v naši raziskavi sodelujočih starostnikov tudi meni, da so o pomenu uživanja tekočin dovolj poučeni. Visoki odstotki strinjanja z omenjenimi trditvami, tako starostnikov iz institucionalnega varstva, kjer med posameznimi institucijami ne beležimo pomembnih razlik, kot starostnikov iz domačega okolja, potrjujejo samoocenjeno ozaveščenost in poznavanje problema dehidracije starostnika.

Na podlagi rezultatov Konstrukta 1 smo ugotovili, da je poznavanje problematike, kot ga sami pri sebi ocenjujejo anketiranci, statistično značilno višje od predpostavljenega povprečja, kar potrjuje našo tretjo hipotezo, v kateri trdimo, da starostniki zadostno uživanje tekočin prepoznavajo kot dejavnik zdravega in kakovostnega življenja.

H3 Starostniki zadostno uživanje tekočin prepoznavajo kot dejavnik zdravega in kakovostnega življenja.

Čeprav primerjave poznavanja problematike med skupinama nismo zastavili kot eno izmed hipotez, nas je kljub temu zanimalo, ali se glede na samoocenjeno poznavanje problematike skupini razlikujeta. Na podlagi analize pridobljenih odgovorov lahko dodatno sklepamo, da je poznavanje problematike zadostnega uživanja tekočin (ali vsaj zaznavanje tega), boljše pri starostnikih, ki živijo v domačem okolju. Opazili smo precejšnje razlike v poznavanju problematike med posameznimi ustanovami institucionalnega varstva. Rezultati naše ankete so razkrili institucijo, kjer je samoocenjeno poznavanje problematike dehidracije prisotno le pri dobri polovici anketiranih starostnikov in institucijo, kjer je bilo samoocenjeno poznavanje problematike prisotno pri več kot 90% anketirane populacije. Žal pa številni anketirani starostniki problem dehidracije vidijo predvsem pri drugih starostnikih, ki po njihovem mnenju ne pijejo dovolj. Zase pravijo, da pijejo dovolj, in sicer po potrebi, kadar so žejni. Ker občutek za žejo, ki predstavlja odgovor na spremembo osmolalnosti telesnih tekočin, s staranjem slabi in ne spodbuja pravočasnega uživanja tekočin, so mnogokrat dehidrirani tudi starostniki, ki zase menijo, da pijejo dovolj. Da je temu res tako, potrjuje raziskava, ki so jo izvedli Lindeman in drugi (2000, 364), in ugotovili, da so bili po 24 urah pomanjkanja vode starostniki manj žejni in pili manj vode kot mlajši, čeprav so v tem času izgubili več tekočine, kar se je končalo z višjimi koncentracijami natrija in povečano osmolalnostjo seruma v času pomanjkanja vode.

Uživanje tekočin v vseh starostnih skupinah bi moralo biti načrtno, ne, da bi nas k temu gnala žeja. Mnenja smo, da so starostniki v obeh anketiranih skupinah, kljub dobri samooceni poznavanja problematike, še vedno premalo poučeni o pomenu zadostne hidracije. K takšnemu razmišljanju nas vodijo nekateri odgovori na zastavljena podvprašanja, s katerimi smo želeli dobiti določena dodatna pojasnila in smo jih beležili kot ob anketne zaznamke. Vsi ob anketni zaznamki so dokumentirani kot kratka pojasnila in so dodani med priloge. *Zaznamek št. 21* (*»Ni dobro preveč pit, ker škodi srcu«*). Osebni dejavniki, ki vključujejo pomanjkanje znanja o potrebni količini zaužite tekočine za uravnoteženo hidracijo in napačne informacije, pogosto sprožajo pomisleke glede posledic pitja ter vodijo do dehidracije (Godfrey in drugi, 2012, 1210). Zato se upravičeno zastavlja vprašanje, ali starostniki tudi v resnici vedo, kaj pomeni zadostno uživanje tekočin. Ali vedo, katera je tista količina popite tekočine, ki jim zagotavlja ustrezno hidracijo. Menimo, da žal odgovorov starostniki pogosto ne poznajo in opozarjamo, da je starostnike potrebno načrtovano in periodično poučevati in ozaveščati o pomenu uživanja zadostnih količin tekočine. Prav tako je potrebno tudi pogosto osveževati znanja in razumevanje problematike hidracije, saj imajo nekateri starostniki tudi kognitivne motnje, ki jih lahko ovirajo pri razumevanju. Ti starostniki navodil za zadostno hidracijo mnogokrat ne razumejo najbolje in pogosto dobijo celo nasprotujoče si informacije. Pri starostnikih, ki se na ozaveščanje ne odzovejo

primerno, je potrebno povečati prizadevanja družinskih članov in oskrbovalcev za doseganje zadovoljivega tekočinskega vnosa. Že preprost vedenjski ukrep, ki vsebuje pogosto govorno spodbujanje k pitju tekočin, lahko izboljša stanje tekočinskega ravnovesja. Da bi se starostniki seznanili oziroma informirali o raziskovani problematiki, bi bilo potrebno posvetiti večjo pozornost in več truda vsestranskemu informiranju, tudi preko sredstev javnega obveščanja. Javno izobraževanje in ozaveščanje sta pomembna elementa pri preprečevanju tekočinskega neravnovesja starostnika, saj so mediji zelo zmogljivo orodje za ozaveščanje javnosti. Da je potrebne več javne propagande o pomenu zadostnega uživanja tekočin, se strinja več kot dve tretjini starostnikov iz ustanov institucionalnega varstva (brez pomembnih razlik med posameznimi institucijami) ter več kot štiri petine starostnikov iz domačega okolja. Rezultat sicer izkazuje nekoliko manjšo potrebo po javni propagandi o pomenu zadostnega uživanja tekočin, če ga primerjamo z rezultatom raziskave (Abdallah in drugi, 2009, 52), kjer je kar 94% anketiranih poudarilo potrebo po javni kampanji za ozaveščenost in zmanjšanje dehidracije. Žal pa nam ni na voljo podatek, kakšna je bila v tej populaciji izobrazbena struktura anketiranih, da bi jo lahko primerjali z našim vzorcem. Mnenja smo, da ima izobrazba pomemben vpliv na opredelitve posameznika do te teme. Prav tako na opredelitev do raziskovane problematike pomembno vpliva dejstvo, da kar tri četrtine vseh anketiranih starostnikov svoje življenje prepoznava kot zadovoljno in kakovostno. Podobno so ugotovili tudi Carstensen in drugi (2003, 114), ki ugotavljajo, da so starostniki kljub neizogibnim izgubam, ki jih doživljajo, pogosto, bolj zadovoljni s svojim življenjem kot ljudje v srednjih letih. Na tem mestu lahko govorimo o paradoksu staranja. Medtem ko s staranjem upadajo kognitivne in fizične sposobnosti, se na področju čustvovanja ohranja ali celo izboljšuje emocionalno dobro počutje (Šadl, 2007, 14).²⁵

Zadovoljstvo z življenjem je ocena, ki jo poda posameznik in se ob sposobnosti izvajanja osnovnih življenjskih aktivnosti nanaša predvsem na pravico do dostojanstva, sreče in subjektivnih občutkov (Železnik, 2014, 40). Zadovoljstvo z življenjem ima pomemben vpliv na starostnikove sposobnosti prilagajanja, na njegovo vedenje, subjektivne občutke in opredeljevanje do dogajanja v socialnem okolju. Analiza odgovorov na vprašanja iz Konstrukta 2 nam potrdi, da je nezadovoljstvo/nelagodje, kot ga sami pri sebi ocenjujejo anketiranci, statistično značilno slabše od predpostavljenega povprečja, kar pomeni, da je samoocena lastnega zadovoljstva bolj pozitivna, kot bi jo pričakovali pri povsem nevtralnem/neopredeljeni populaciji. Pokaže tudi, da je splošno zadovoljstvo (ali vsaj dožemanje le-tega) večje pri skupini starostnikov, ki stanujejo doma. Seveda ne smemo pozabiti, da se skupini tudi drugače razlikujeta. V skupini »DSO« je veliko več starostnikov, ki so odvisni od tuje pomoči, kar močno vpliva na njihovo zadovoljstvo z lastnim življenjem, zato je pri iskanju vzrokov za raziskovano problematiko v eni in drugi skupini anketiranih starostnikov potrebna previdnost.

Starostniki se lahko odvisno od življenjskih izkušenj s praktičnimi in kognitivnimi strategijami uspešno spopadajo s težavami in si tako zagotavljajo lasten občutek blagostanja (Schroeder-Butterfill in Mariani, 2006, 19). Pogosto lahko na pozitivno

²⁵ Številne raziskave kažejo pozitivno sliko emocionalnega življenja v starosti; starost, prej kot povečano tveganje, predstavlja varovalo zoper doživljanje negativnih čustev, pozitivno čustvovanje narašča ali vsaj ohranja razmeroma stabilno raven, emocionalna kontrola in regulacija pa se v starosti celo izboljšata (Šadl, 2007, 14).

ali negativno oceno osebnega zadovoljstva in kakovost življenja vpliva že samo spomin na preteklost. Spomin na dejstvo, da mnogim v življenju ni bilo lahko.²⁶ Zavedati se moramo, da je bila anketirana generacija, ki je bila rojena med in po drugi svetovni vojni, torej v času velikega ekonomskega pomanjkanja, kar je imelo velik vpliv na kvaliteto življenja posameznika. Takšen spomin opiše anketiranka, ki pravi: *Zaznamek št. 15 (»Sem zadovoljna, ker mi nikoli ni dobro šlo«)*. To pomeni, da je samoocena kakovosti življenja pogojena s subjektivnimi merili, ki so lahko odraz starostnikove življenjske zgodbe.

Ker občutek za žejo, ki predstavlja odgovor na spremembo osmolalnosti telesnih tekočin, s staranjem slabi in ne spodbuja pravočasnega uživanja tekočin, so mnogokrat dehidrirani tudi starostniki, ki zase menijo, da pijejo dovolj. Čeprav žeja pri zdravi odrasli osebi ni primarna gonilna sila, ki motivira k aktivnemu iskanju in pitju tekočine za vzdrževanje tekočinskega ravnovesja (Wilson, 2006, 322), so mnogi starostniki prepričani, da je dovolj, če pijejo po potrebi. Tekočino uživajo takrat, kadar so žejni. Na vprašanje, kako pogosto čutijo žejo, je nekaj več kot 50% anketiranih iz obeh skupin odgovorilo zelo pogosto, pogosto in občasno. Glede na to, da je v raziskavi sodelovala populacija visoke povprečne starosti in ob dejstvu, da občutek za žejo z starostjo slabi, je odstotek visok in se ne razlikuje po posameznih, v raziskavi sodelujočih, institucijah. Čeprav smo želeli izvedeti, kaj je vzrok za odgovore »redko« in »nikoli«, ki ju je izbralo nekaj manj kot 50% anketiranih iz obeh skupin, nam namiga žal ne ponudijo niti zastavljena podvprašanja: Ali je vzrok zmanjšan občutek za žejo ali redno uživanje tekočine? Na podlagi odgovorov na vprašanje o količini popite tekočine dnevno in zatnjevanju starostnikov, da pijejo po potrebi, sklepamo, da je najverjetnejši vzrok izguba občutka za žejo, ki ni nadomeščen s povečano podporo in motivacijo za uživanje tekočine, saj samo stalna dostopnost do tekočine za zadostno hidracijo starostnika ni dovolj (Godfry, 2012, 1210). Navedeno sklepanje nam potrjuje rezultat klinične raziskave, kjer smo ugotovili dehidracijo pri pomembnem delu preiskovane populacije, kljub temu da jim je po njihovih trditvah tekočina vedno na voljo.

Rezultati anketiranja so pokazali, da imajo skoraj vsi anketirani starostniki, iz obeh skupin, vedno na voljo dovolj tekočine. Tudi pri tej postavki pomembnih razlik med posameznimi institucijami nismo našli. Pri naših anketirancih omejene dostopnosti do tekočine, ki jo mnogi avtorji pogosto navajajo med razlogi za dehidracijo starostnikov, odvisnih od pomoči druge osebe, nismo potrdili. Rezultati odgovorov naše raziskave kažejo na dobro dostopnost tekočin starostnikom.

Med anketiranjem se je z naše strani porodilo vprašanje o kakovosti tekočine, ki je starostnikom vedno na voljo. Opazili smo namreč, da imajo starostniki v večini ustanov institucionalnega varstva na nočnih omaricah plastenke z vodo, vendar lahko voda tam stoji tudi nekaj ur in je takšna po našem mnenju neprimerna za uživanje. Vpogleda v raznolikost starostnikom dostopne pijače, ki živijo v domačem okolju, žal nismo imeli, so pa rezultati pokazali, da lahko starostniki, ki živijo v domačem okolju, pogosteje izbirajo tekočino, ki jo želijo. Starostniki v institucionalnem varstvu imajo najpogosteje na voljo le vodo, čaj in kavo. Občasno

²⁶ Večina emocionalnih težav v starejšem obdobju življenja je pravzaprav povezana z nerešenimi konflikti iz precej zgodnejšega življenjskega obdobja. Številne emocije torej niso značilne za starost kot tako, ampak izvirajo iz zgodnejših izkušenj, ki so pogosto globoko potisnjena kot integralna lastnost najglobljega emocionalnega občutja sebe (Šadl, 2007, 16).

si lahko privoščijo tudi kak drug napitek, vendar ne v okviru ponudbe institucije, temveč si ga zagotovijo z lastnimi sredstvi ali pa jim zeleno pijačo prinesejo svojci. Čeprav številni starostniki zatrjujejo, da imajo najraje vodo, smo mnenja, da bi v institucionalnem varstvu lahko poskrbeli za pestrejšo izbiro napitkov in se morda tudi na ta način prilagodili željam posameznika, ki morda nima lastnih sredstev za nakup zelene pijače. Vodo lahko nadomestijo sadni sokovi, juhe z malo vsebnostjo soli, brezkofeinska kava in čaj. Tako bi spodbudili starostnike k pogostejšemu uživanju tekočin, saj posvečanje pozornosti k osebnim priljubljenim pijačam, po mnenju Kayser-Jones in drugih (1999, 1191), spodbuja povečano uživanje tekočin. Enako ugotavljajo tudi Simmons in drugi (2001, 928), ki trdijo, da je zagotavljanje raznovrstne in zelene pijače uspešno pri povečanju vnosa tekočine pri starostnikih.

Za doseganje zadostne hidracije pri starostnikih bi bilo bolj primerno, da namesto postane vode v plastenkah na nočnih omaricah, ki dajejo lažen občutek, da smo poskrbeli za starostnikove tekočinske potrebe, starostnikom ob obroku postrežemo svežo, zeleno tekočino primerne temperature, ob tem pa jih opomnimo, da je ob obroku, kakor tudi med obroki, potrebno zaužiti tudi nekaj sveže tekočine. Ta vidik zadovoljevanja tekočinskih potreb je med preiskovano populacijo dokaj zanemarjen. Ugotovili smo, da je tekočina ob obroku postrežena le približno dvema tretjinama starostnikov iz obeh skupin, nekoliko več starostnikom, ki živijo v domačem okolju. Rezultati so bili podobni za vse, v raziskavi sodelujoče ustanove institucionalnega varstva. V nobeni od institucij tudi nismo zasledili prakse, kjer bi tekočino starostnikom ponujali v rednih časovnih presledkih.²⁷ Ker na uživanje tekočin vpliva tudi estetski videz ponujene tekočine, tudi nismo prepričani, da je, sicer praktična plastenka (boljše obvladovanje razlitja, zanemarljiva teža), za vse starostnike najbolj primerna. Kako te plastenke čistijo in na koliko časa jih menjavajo, žal nismo ugotovili.

Podobne rezultate, kot pri ponujeni tekočini ob obroku in med obroki, lahko vidimo tudi pri sadju, ki je prav tako pomemben del prehranjevalnih navad starostnika, saj vsebuje večje količine tekočine in potrebnih vitaminov. Da je sadje med obroki pogosto dosegljivo, zatrjuje več kot polovica starostnikov v institucionalnem varstvu in tudi več kot polovica starostnikov v domačem okolju, redko ali nikoli pa 18% starostnikov v institucionalnem varstvu in kar 22% starostnikov v domačem okolju. Med anketiranjem starostnikov v institucionalnem varstvu smo na policah in nočnih omaricah opazili precej sadja, največkrat jabolka in banane. Na podvprašanje: »Zakaj ga ne pojedjo?« smo dobili zanimiv odgovor. *Zaznamek št. 9* (*»Dobimo jabolka, pa jih ne moremo jest, ker so pretrda«*). Vzrok je lahko povezan s pomanjkljivim in neurejenim zobovjem, slabo prilegajočo se protezo, vnetjem ustne sluznice ter šibkejšim čeljustnim mišičevjem, kar je pogost problem, ki povzroča starostnikom težave pri grizenju in žvečenju. Žal se starostniki sami, kakor tudi oskrbovalci, premalo zavedajo, da kakovostna oskrba zajema številne, na prvi pogled nepomembne oblike pomoči. Mednje spada tudi lupljenje in razrezovanje sadja, ki je za starostnika pretrdo za uživanje. Sadja z bogatim deležem vode (lubenica, jagodičevje, grozdje, breskve) na nočnih omaricah nismo opazili.

²⁷ Obstoječi načrti skrbi za hidracio starostnikov priporočajo "vozičke s sokovi", ki bi bili na voljo štiri do pet krat na dan (Allison in drugi, 2005, 30).

Iz rezultatov odgovorov na vprašanje o zadostnosti in dostopnosti ponujene pomoči je razvidno, da se večina starostnikov, v obeh skupinah, strinja, da jim je pomoč druge osebe vedno na voljo (v skupini starostnikov iz institucionalnega varstva v več kot 80% in v skupini starostnikov iz domačega okolja več kot 90%). Vendarle pa je zgovorno dejstvo, da je nestrinjanje s trditvijo, da jim je pomoč vedno na voljo izrazilo več starostnikov iz skupine, ki živijo v institucionalnem varstvu (17% proti 6,5%). Zavedati se moramo, da v institucionalnem varstvu govorimo o 24-urni oskrbi, medtem ko svojci oskrbovanca v domačem okolju ob svojih lastnih obveznostih težko zagotovijo 24-urno oskrbo starostnika. Pojasnilo starostnika, zakaj se ne strinja, da mu je pomoč vedno na voljo, je v *zaznamku št. 13* (*»Velikokrat moram dolgo čakati na pomoč, posebej ponoči«*) in *zaznamek št. 5* (*»Moram dolgo klicati sestro«*). Podobne izjave smo slišali večkrat. Ena od oskrbovank v institucionalnem varstvu pa pravi: *zaznamek št. 14* (*»Včasih pokakana čakam do jutra, ker sestre godrnjajo«*). Kako se ob tem počuti, si lahko samo predstavljamo, starostnica je bila v tem primeru žrtev zapostavljanja in zanemarjanja.

Čeprav se večina starostnikov v obeh skupinah zaradi svoje starosti ne počuti zapostavljeno, pa takšni občutki prevevajo 15% starostnikov v institucionalnem varstvu in 9% starostnikov iz domačega okolja. Med posameznimi institucijami razlik v pojavnosti teh občutkov nismo ugotovili. Občutek zapostavljenosti imajo predvsem starostniki, ki so pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti odvisni od pomoči druge osebe. Ti so pogosto izključeni iz procesov odločanja, prikrajšani so za mnoge dobrine in različne storitve. Mnogi so prikrajšani celo za svoje osebne pravice. Vse manj odločajo o sebi tudi pri povsem preprostih življenjskih vprašanjih. Najizraziteje stopa v ospredje problem, da starostniki ne morejo samostojno izbirati s kom bodo bivali v sobi, temveč jim to določi institucija, katere interes je, da pomičen in samostojen varovanec delno poskrbi za nepomičnega nesamostojnega soseda. Tako so prisiljeni skupaj živeti starostniki, ki se med sabo ne razumejo in se ne marajo ali se drugače motijo. *Zaznamek št. 19* (*»Soseda cele noči kriči in nič ne spim«*). Nesoglasja med sostanovalci pa lahko pripeljejo tudi do zlorab, kjer pomični starostniki zlorablajo nepomične sostanovalce. Čeprav je zlorab nad starostniki, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva v primerjavi s tistimi, ki živijo v domačem okolju, manj (Habjanič in Lahe 2012, 41), so podatki o pojavnosti tovrstnih zlorab zaskrbljujoči²⁸.

V Sloveniji večletne razprave o pokojninski reformi in v medijih prikazovani razlogi zanjo še dodatno prispevajo k popačeni sliki pogleda na starost in starostnike. Ob zaostrenih ekonomskih razmerah in naraščanju števila starostnikov in zmanjševanju aktivne populacije se krepi diskriminatorni odnos do starostnikov in ustvarja prepad med generacijami (Goriup, 2015, 115). Starostniki posledično izgubljajo osebno dostojanstvo, ki bistveno vpliva na odnos posameznika do samega sebe in drugih (Toplak, 2003). Samo predstavljamo si lahko, kako se počuti starostnik, kadar se med nego oskrbovalke pogovarjajo med seboj,

²⁸ Rezultati raziskave, ki sta jo opravili Habjanič in Lahe (2012, 37) so pokazali, da so starostniki pogosto izpostavljeni različnim zlorabam in nasilju v domačem okolju kakor tudi v ustanovah institucionalnega varstva. Preiskovanci v domačem okolju so v 43,9% navajali fizično in 81,6% ekonomsko nasilje, preiskovanci v ustanovah institucionalnega varstva pa v 9,6% fizično in v 34,6% ekonomsko nasilje. Tudi v primeru pogostosti psihičnega nasilja se je pokazala razlika, vendar ni bila tako očitna.

oskrbovanec pa, kot da ne obstoja. *Zaznamek št. 22* (*»Med nego se pogovarjajo med seboj, kot da me ni«*). *Zaznamek št. 18* (*»Koga pa sploh briga za stare«*). Starostnik se počuti odveč in v breme družbi, zato ima mnogokrat, ko mora prositi za pomoč, neprijeten občutek. Že na splošno imamo ljudje, kadar moramo koga prositi za pomoč, zadržke in nam je ob tem neprijetno. Kadar nekdo potrebuje pomoč vsakodnevno, pa je to še toliko težje. Ugotovili smo, da se starostniki, ki živijo v domačem okolju, kadar morajo prositi za pomoč, počutijo pogosteje neprijetno v primerjavi s starostniki, ki živijo v institucionalnem varstvu. Vendar je tu naše zanimanje usmerjeno v ustanove institucionalnega varstva, kjer za pomoč starostnikom skrbijo profesionalci, ki so za to tudi plačani. V skupini starostnikov iz institucionalnega varstva se ob prošnji za pomoč počuti neprijetno več kot tretjina starostnikov, v skupini iz domačega okolja pa celo le nekaj manj kot polovica starostnikov. Da je odstotek višji pri starostnikih iz domačega okolja, lahko do neke mere razložimo z dejstvom, da starostniki, ki bivajo doma, ne želijo biti v breme svojcem in jim je zato bolj neprijetno, kadar morajo prositi za pomoč, starostniki, ki bivajo v instituciji, pa povedo, da za pomoč plačajo in jo zato tudi zahtevajo. Prav tako so razlike v občutkih zastopljenosti med posameznimi institucijami kar velike in so lahko odraz nekorektnega odnosa oskrbovanec-oskrbovalec v posamezni instituciji. *Zaznamek št. 2* (*»Preveč se pogovarjajo privat' in preglasno«*), *Zaznamek št. 3* (*»Samo not' sedijo in se pogovarjajo«*). Obratno, in do neke mere tudi razumljivo, se starostniki v institucionalnem varstvu počutijo velikokrat bolj zapuščene od svojih bližnjih in njim pomembnih ljudi, kar se zagotovo odraža v njihovem odnosu in čustvovanju ter povzroča številne stiske ter nesoglasja. Kljub temu da velik del starostnikov zagotavlja, da sta jim družina, sorodniki in prijatelji v veliko oporo, pa so rezultati ankete pokazali, da je kar ena četrtnina starostnikov v institucionalnem varstvu s podporo družine, sorodnikov in prijateljev nezadovoljna. V domačem okolju je s podporo družine, sorodnikov in prijateljev nezadovoljnih nekaj manj kot ena desetina starostnikov. Dejstvo, da s podporo družine, sorodnikov in prijateljev ni zadovoljna kar ena četrtnina starostnikov v institucionalnem varstvu, daje odgovor na enega od razlogov, zakaj starostniki instiutualizacijo tako pogosto zavračajo. V instituciji se počutijo zapuščene in prikrajšane za najožje socialne stike, še posebej tisti, ki se zaradi nepomičnosti ne morejo gibati v okolju. Na podlagi rezultatov lahko tudi zaključimo, da obstajajo v zadovoljstvu starostnikov s podporo družine, sorodnikov in prijateljev v posameznih institucijah občutne razlike. Obstaja namreč institucija, kjer je s podporo družine, sorodnikov in prijateljev zadovoljnih le 10% anketiranih starostnikov. Rezultate potrdimo tudi z analizo odgovorov na vprašanje, ali svojci in negovalci posvečajo dovolj pozornosti njihovim željam in potrebam. Da jim svojci in negovalci posvečajo dovolj pozornosti, se strinja tri četrtine starostnikov iz institucionalnega varstva in več kot 90% starostnikov iz domačega okolja.

Bolečine, ki so moteče že same po sebi, pogosto vodijo starostnika v depresijo, čustveno neravnovesje, telesno nezmožnost in onemogočajo samostojno funkcioniranje in gibanje, kar lahko posredno ali pa neposredno vodi v starostnikovo odvisnost od druge osebe (Godec in Omejc, 2004, 777). Za človekovo samostojno in neodvisno življenje je zmožnost gibanja izjemnega pomena, saj je gibalna aktivnost ob prehranskih navadah in navadah uživanja tekočin eden ključnih dejavnikov zdravega staranja (Zurc in drugi, 2015, 10). Pomemben vidik skrbi za starostnikove gibalne funkcije je obvladovanje kroničnih bolečin, saj imajo kronične bolečine in zaradi bolečin zmanjšana pomičnost

starostnika pomemben vpliv na zmanjšan vnos tekočine. Kljub temu da številni avtorji opozarjajo na pojave polifarmacije v ustanovah institucionalnega varstva, pa naši rezultati pokažejo, da v obravnavi starostnikov še vedno slabo obvladujemo bolečine, čeprav poznamo odlične protibolečinske preparate, ki omogočajo kopiranje bolečine. Bolečine, ki jih pri gibanju omejujejo občasno, pogosto ali zelo pogosto, ima kar nekaj več kot 50% anketiranih starostnikov v institucionalnem varstvu in prav toliko anketiranih starostnikov, ki bivajo v domačem okolju. Podobnost v rezultatu vsekakor preseneča, saj se moramo zavedati, da imajo starostniki v instituciji strokovno oskrbo, katere učinki bi pri odpravljanju določenih zdravstvenih težav in simptomov morali biti vidni. Je pa tudi na tem segmentu obravnave starostnika razlika med posameznimi institucijami izrazita, saj v posameznih institucijah zdravstvena nega ni na primernem nivoju in starostniki pogosto težko pridejo do zdravnika. *Zaznamek št. 17 (»Težko pridemo do zdravnika«)*. Neodvisnost je povezana s pozitivno samopodobo in dobrim počutjem starostnika. Ker spremembe v mobilnosti starostnika sovpadajo z zmanjšanim dostopom do tekočine, je odvisnost zaradi motenj v pomicnosti lahko ključni dejavnik pri presoji, ali starostnik uživa dovolj tekočine (Simmons in drugi, 2001, 927). Tako na primer Montes (2006a, 43), v svoji raziskavi ugotavlja, da nekateri, funkcionalno in kognitivno še sposobni starostniki, namenoma omejujejo vnos tekočin, da se zmanjša potreba po stranišču, ki je v mnogih institucijah druge generacije (teh je v Sloveniji največ) (Imperl, 2012, 59), običajno še vedno nekje na koncu dolgega hodnika. S tem se izognejo obiskom stranišča ponoči, ker jim hoja do stranišča povzroča bolečine, zaradi katerih potem ne morejo zaspati, predvsem pa jih je strah padcev²⁹. Oskrbovalca za spremstvo ponoči neradi pokličejo, ker oskrbovalci pogosto nergajo. *Zaznamek št. 20 (»Kaj kličeš ponoči?«)*. Da bi zmanjšali možne zadrege in posledično izgubo dostojanstva, starostniki, ki imajo težave z uriniranjem, sami omejujejo vnos tekočin (Godfrey in drugi, 2012, 1210; Hooper in drugi, 2014, 54). Rezultati ankete kažejo, da se namerno izogiba pitju tekočin več starostnikov, ki živijo v domačem okolju. Vzroki za samoomejevanje so različni in pogosto povezani s samostojnostjo in nesamostojnostjo anketirancev. Starostniki, ki so odvisni od pomoči drugih oseb, in ti v ustanovah institucionalnega varstva prevladujejo, so pogosto nepomični in inkontinentni ter imajo nameščene plenice ali urinski kateter, kar jim dopušča, da urinirajo kadarkoli. Starostniki, ki bivajo v domačem okolju, pa so večinoma mobilni in jim pogosto uriniranje ali celo uhajanje urina predstavlja številne težave (pogosto vstajanje ponoči, če so zunaj doma, nedosegljivost stranišča, na primer na avtobusu, v kinu, gledališču ali na potovanju).

Dolgotrajno in kontinuirano izogibanje tekočinam lahko vodi v kronično dehidracijo, zato je nadzor nad spremembami v količini telesnih tekočin odločilnega pomena. Najlažjo kontrolo predstavlja redno tehtanje telesne teže. Ob dejstvu, da redno spremljanje telesne teže zelo učinkovito razkriva spremembe v bilanci telesnih tekočin, saj hitre spremembe največkrat kažejo na premalo ali preveč telesne tekočine, nas presenečajo rezultati ankete, kjer je razvidno, da v ustanovah institucionalnega varstva starostnike tehtajo redko, v večini ustanov pa celo nikoli. Institucije, kjer bi starostnike tehtali redno, med sodelujočimi institucijami nismo zasledili. Pod redno spremljanje telesne teže razumemo tehtanje vsaj enkrat na teden. Za starostnike, z znanimi dejavniki tveganja za dehidracijo, pa bi bilo

²⁹ Starostnik se boji padcev. S starostjo kosti postajajo vedno bolj krhke in lomljive, zato si starostniki ob padcu pogosto zlomijo kolk. Zlom kolka je lahko izjemno nevarna poškodba, ki se pri starostnikih zaradi zapletov pogosto konča s smrtjo (Jurca, 2010).

potrebno tehtanje vsaj dvakrat do tri krat na teden. Kar se tehtanja tiče, ni nič boljše niti pri anketiranih starostnikih, ki živijo v domačem okolju, kjer se skoraj polovica anketiranih starostnikov redko ali nikoli ne tehta.

7.2.2 Razprava za vprašanja in trditve od 19 do 28

Na vprašanja od 19 do 28 so odgovarjali starostniki, ki pri hranjenju, pitju in gibanju potrebujejo pomoč druge osebe. Glede na razliko v številu starostnikov, vključenih v našo raziskavo, ki potrebujejo pomoč, in tistimi, ki je ne potrebujejo (dve tretjini v institucionalnem varstvu in ena desetina starostnikov iz domačega okolja), pa so v odstotkih odgovori med obema skupinama pri vprašanju 19 dokaj podobni. Obe skupini namreč v več kot 90% zagotavljata, da jim svojci in oskrbovalci ob hranjenju in pitju pomagajo in si za to vzamejo dovolj časa. Prav tako so oboji mnenja, da jih ob tem tudi namestijo v udoben in za hranjenje in pitje primeren položaj. Tu je potrebno omeniti, da imajo v večini ustanov institucionalnega varstva v postelje vgrajene elektronske nastavljalce višine in naklona ter se s pomočjo teh naprav starostniki v sedeči položaj pogosto namestijo sami. Kljub zavidljivim rezultatom pa smo zabeležili kar nekaj pripomb in izrazov nezadovoljstva. *Zaznamek št. 4* (*»Nekatere so v redu, nekatere pa ne«*). *Zaznamek št. 10* (*»Sestram se mudi, nimajo časa«*). *Zaznamek št. 12* (*»Najboljše je, ko pridejo praktikanti«*). Praktikanti aktivnosti, ki jih opravijo pri starostniku, večinoma opravijo z več občutka, s starostniki več komunicirajo in si za opravila vzamejo več časa, zato so starostniki z njihovo prisotnostjo zelo zadovoljni.

Pomanjkanje apetita, motnje požiranja in žvečenja hrane ali zavračanje hrane lahko vodijo v dehidracijo, saj so številna živila pomemben vir tekočine (Begum in Jonhson, 2010, 49). Brez skrbnega spremljanja prehranskega vnosa je nemogoče vedeti, kaj in koliko posameznik dejansko zaužije. Kot ugotavljata Simmons in Schnelle (2006, 919), si oskrbovalci za pomoč pri prehranjevanju vzamejo premalo časa, kar pogosto botruje manjšem vnosu pri oskrbovancih, ki tudi iz tega razloga pojedjo manj kot bi sicer.

Pogosto ali zelo pogosto zaužije vso ponujeno hrano in tekočino le slabih 39% starostnikov v institucionalnem varstvu in dobrih 22% starostnikov v domačem okolju. To je relativno malo, če vemo, da so jedilniki v institucionalnem varstvu strokovno sestavljeni in upoštevajo dnevne potrebe starostnika, tako z vidika energetskih kot tekočinskih potreb. Starostniki za neješčost navajajo različne razloge. Ustreznega pojasnila za neješčnost v institucionalnem varstvu nismo dobili, namig za neješčnost, razen prehitrega hranjenja, morda ponuja še *zaznamek št. 8* (*»Hrana je slaba, potem smo pa lačni«*). Prav tako nismo odkrili razlogov za neješčnost starostnikov v domačem okolju, kjer je rezultat še slabši kot pri starostnikih iz institucionalnega varstva. Ker ob ustrezni sestavi lahko redni obroki zagotovijo do 1000 ml tekočine na dan, kar še posebej velja pri pasirani hrani, ki se pogosto uporablja pri starostnikih z disfagijo, lahko iz rezultatov sklepamo, da tu nastaja velik tekočinski primanjkljaj, ki bi ga bilo potrebno nadomestiti z dodatno tekočino.

Ugotovili smo, da oskrbovalci zelo redko vodijo tekočinsko bilanco, s katero bi lahko nadzorovali in uravnavali tekočinski vnos. Le ena četrtnina anketiranih starostnikov v institucionalnem varstvu in polovica v domačem okolju meni, da oskrbovalci redno spremljajo njihov vnos in izločanje tekočin. Pa še pri teh se postavlja vprašanje o zanesljivosti, saj so podatki o bilanci tekočin pogosto

netočni zaradi različnih dejavnikov: napak osebja v dokumentiranju, slaba anamneza in urinska inkontinenca (Wilson, 2006, 325). Ker so podatki vodenja tekočinske bilance v institucionalnem varstvu slabo zabeleženi in nezanesljivi, še posebej pri nepomičnih oskrbovancih brez vstavljenega urinskega katetra, lahko utemeljeno dvomimo, da se tekočinski primanjkljaj pravočasno ali sploh kdaj nadomesti. Zaradi navedenih težav pri vodenju tekočinske bilance priporočamo redno tehtanje starostnikov. Redno spremljanje telesne teže namreč predstavlja preprosto in zanesljivo orodje za ugotavljanje sprememb v starostnikovi bilanci tekočin.

Pomanjkanje spodbud za ohranitev funkcionalnih sposobnosti pri starostnikih lahko povzroči zmanjševanje samostojnosti tudi pri uživanju tekočin. Starostnike z delno ohranjenimi funkcionalnimi sposobnostmi je potrebno spodbujati, da čim več aktivnosti, ob delni podpori, opravijo sami. Spodbudo k pitju tekočin od svojcev in oskrbovalcev dobi le ena tretjina starostnikov v institucionalnem varstvu (brez pomembnih razlik med institucijami) in nekaj več kot polovica starostnikov iz domačega okolja. Kadar je spodbuda podkrepljena še s ponujeno tekočino, je ta po mnenju večine anketiranih vedno primerne temperature.

Težave z občasnim, pogostim ali zelo pogostim zatikanjem hrane in tekočine ima ena četrtnina anketiranih starostnikov v institucionalnem varstvu in ena četrtnina starostnikov iz domačega okolja. Razlik med posameznimi, v raziskavi sodelujočimi ustanovami, nismo ugotovili. Koliko anketiranih ima diagnosticirano disfagijo, žal ne vemo. Po podatkih, ki jih navajajo Reginelli in drugi (2013, 54) naj bi disfagija pestila kar petnajst odstotkov starejše populacije, ki potrebujejo več pomoči in več časa, da se nahranijo. Vzroki za zatikanje hrane pri požiranju so različni, posledice pa mnogokrat vodijo do podhranjenosti in dehidracije. Na zatikanje hrane in tekočine lahko vplivajo tudi psihosocialni dejavniki, kot so medosebni odnosi oskrbovalec-oskrbovanec, zadovoljstvo oskrbovanca z lastnim življenjem, čas, ki si ga za pomoč pri hranjenju vzamejo oskrbovalci in način, kako to opravijo. Včasih je dovolj že neokusna hrana, ki jo oskrbovanci na ta način zavračajo.

Čeprav velika večina anketiranih starostnikov meni, da je za njihovo intimno nego dobro poskrbljeno (večji odstotek je pri starostnikih iz domačega okolja), pa se sprašujemo, kako se počutijo starostniki, ki z nego niso zadovoljni in katerih komentarji so bili: *Zaznamek št. 6* (*»Želela bi se večkrat kopat, ne samo na štirinajst dni«*), *Zaznamek št. 7* (*»Prehitro te splahnejo, ker nimajo časa«*). Pri tem vprašanju med posameznimi institucijami obstajajo razlike, saj se v posameznih ustanovah starostniki kopajo od enkrat na teden do enkrat na štirinajst ali več dni.

Da jim zdravila, ki jih imajo starostniki predpisana, oskrbovalci vedno postrežejo z dovolj tekočine, se strinjajo skoraj vsi anketirani starostniki, tako v institucionalnem kot domačem okolju. Da se s trditvijo ne strinja, je povedal le en anketiranec, nekaj jih je odgovorilo z »ne vem«. Tudi pri tem vprašanju med posameznimi ustanovami nismo ugotavljali bistvenih razlik. Smo pa v eni od ustanov videli, da so starostniku na žlici mlečnega riža postregli več zdravil hkrati, kar pa ne govori v prid dobljenim rezultatom na to vprašanje.

Skrb za ustrezno tekočinsko ravnovesje je ena izmed pomembnih nalog v obravnavi starostnika in je zaradi fizioloških sprememb, povezanih s staranjem, bistveno bolj kompleksna kakor pri mlajših osebah.

Ob pregledovanju in analizi rezultatov lahko ugotovimo, da le-ti ne dajejo zanesljivega odgovora za tako visoko pojavnost dehidracije (glede na osmolalnost seruma) pri v raziskavi sodelujočih starostnikih. Rezultati govorijo v prid boljšemu, a še vedno ne zadovoljivem stanju hidracije pri starostnikih, ki živijo v domačem okolju. Ugotovili smo, da je število kozarcev, ki jih v povprečju spiijejo anketirani starostniki, iz skupine »DOMA«, višje, kot med starostniki v skupini »DSO«. Čeprav je pojavnost dehidracije pri starostnikih, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva, večja kot pri starostnikih, ki bivajo v domačem okolju, standardiziranega postopka za preprečevanje dehidracije nismo zasledili v nobeni od v raziskavi sodelujočih institucijah. Starostnike, ki z leti izgubljajo občutek za žejo (kar smo potrdili tudi v naši raziskavi), se s strani oskrbovalcev premalo spodbuja k pitju tekočin, izbira tekočin pa je premalo pestra in raznolika. Pomanjkljiv je nadzor nad vneseno in izločeno tekočino. Starostniki si zelo redko kontrolirajo telesno težo, ki je dokaj zanesljiv pokazatelj sprememb v bilanci telesne tekočine. V nobeni od institucij tudi nismo zasledili prakse, kjer bi tekočino starostnikom ponujali v rednih časovnih presledkih.

Ob analizi odgovorov na anketna vprašanja, ki so jih anketiranci podali, ugotovimo, da so razlike pri odgovorih, kjer starostniki subjektivno ocenjujejo kakovost oskrbe, večinoma v korist starostnikov, ki živijo v domačem okolju, vendar tudi pri tej skupini ne moremo govoriti o povsem ustrezni oskrbi. Če temu pripišemo še naša opažanja (nezadostno število zaposlenih v institucionalnem varstvu, nezadostna izobrazba oskrbovalcev, pomanjkanje pomoči oskrbovalcev in svojcev, pomanjkanje nadzora, šibka socialna omrežja, neupoštevanje želja po izbrani priljubljeni pijači) in oceno obanketnih zaznamkov, lahko potrdimo, da je v posameznih institucijah, kakor tudi v domačem okolju, pri določenih segmentih oskrbe, ki se nanašajo na vzdrževanje ustreznega tekočinskega ravnovesja, pri starostnikih zaznana pomanjkljiva in neustrezna skrb. Analiza odgovorov na vprašanja nam potrjuje tudi četrto hipotezo, v kateri trdimo, da bo potrjena pomanjkljiva skrb za tekočinsko ravnovesje starostnikov v našem okolju.

H4 Potrjena bo pomanjkljiva skrb za tekočinsko ravnovesje starostnikov.

Ugotovljeni vzroki za pogosto tekočinsko neravnovesje starostnikov v našem okolju so povsem primerljivi z ugotovitvami številnih avtorjev, ki smo jih omenili v teoretičnih izhodiščih. Mnenja smo, da bo v prihodnje potrebno posvetiti več pozornosti izobraževanju o pomembnosti zadostne hidracije in nadziranju izvajanja dosledne oralne hidracije stanovalcev v ustanovah institucionalnega varstva, saj tekočinski primanjkljaj, ki ni nadomeščen s povečano podporo in motivacijo za uživanje tekočine zelo pogosto vodi v stanje tekočinskega neravnovesja. Samo stalna dostopnost do tekočine za zadostno hidracijo starostnika ni dovolj. Za doseganje zadostnih količin zaužite tekočine je potrebna promocija zdravja in oskrba, ki vpliva na zmanjšanje občutka nemoči, ranljivosti, osamitve in ogroženosti. Ukrepi za zadostno uživanje tekočin lahko starostnikom in njihovim skrbnikom predstavljajo priložnost za socialne stike, ki pomembno

vplivajo na prehranjevanje in pitje tekočin (Hooper in drugi, 2014, 54). Kakovostna interakcija z družino, prijatelji in sosedji v skupnosti in v okoljih institucionalne oskrbe lahko pomembno pripomore k dobremu hidracijskemu statusu, dobremu počutju in kakovosti življenja starostnikov.

8 STRATEGIJE ZA PREPREČEVANJE DEHIDRACIJE STAROSTNIKOV

Preprečevanje, zaznavanje in zdravljenje dehidracije pri starostnikih je pomembno multidisciplinarno prizadevanje, ki na podlagi spoznanj povezuje zdravstvene in socialne stroke s ciljem celostnega pristopa v obravnavi starostnika. V praksi je bilo uporabljeno že veliko metod za ocenitev tekočinskega ravnovesja, z različnimi stopnjami uspeha in stopnjo zanesljivosti. Pristop h kateremkoli programu za doseganje učinkovitega tekočinskega ravnovesja pri starostnikih vključuje: oceno, cilje, intervencijo in redno kakovostno komunikacijo negovalnega osebja s starostniki in njihovimi svojci (Allison in drugi, 2005, 26). Vsi, ki sodelujejo pri obravnavi in oskrbi starostnikov, se morajo ves čas zavedati dejavnikov tveganja in biti pozorni na znake dehidracije pri starostnikih.

Starostniki, ki so pozabljivi, zmedeni ali imajo druge kognitivne spremembe, ki zmanjšujejo ustrezno lastno skrb za zadosten vnos tekočine, potrebujejo spodbujanje k pitju tekočine in redno ponujanje tekočine (Ferry, 2005, 23). Za ukrepe, ki naj vodijo do zadovoljivega vnosa tekočin pri starostniku, si je potrebno zastaviti cilje, ki jih z ukrepi želimo doseči. Eden najpomembnejših ciljev je doseči zadosten vnos tekočin, kar predstavlja 1300 do 1700 ml tekočine na dan (Schols in drugi, 2009, 151), kar poskušamo doseči z rednim ponujanjem različnih tekočin, ki morajo biti na voljo cel dan in prilagojene željam starostnika. Starostnike je potrebno spodbujati k uživanju tekočin med samim obrokom in med obroki (med zajtrkom, kosilom in večerjo). Lahko jih spodbujamo k pitju tekočin tudi med rednimi dnevnimi opravili, kot je ščetkanje zob in jemanje zdravil. Spodbujamo jih k pitju majhnih količin tekočine čez cel dan. Voda in druge tekočine, kot so mineralne pijače (vključno s čisto juho), sadni sokovi, paradižnikov sok, mleko in športne pijače, morajo biti starostniku vedno na voljo in zlahka dostopne. Informacije in spodbude, ki jih posredujemo starostniku, morajo biti preproste in za starostnika sprejemljivo podane, saj so le preproste in jasne informacije podlaga za razumevanje in upoštevanje danih navodil. V primerih, ko so starostniki odvisni od pomoči drugih, se za zagotavljanje zadostne hidracije priporoča dodatna skrb, pomoč pri pitju in beleženje tekočinskega vnosa. Če pri prehranjevanju in pitju starostnik potrebuje pomoč, si moramo za pomoč vzeti dovolj časa in biti ob tem potrpežljivi in prijazni. Vedenjski ukrepi in aktivnosti, ki vsebujejo govorno spodbujanje k pitju tekočin in izboljšujejo stanje tekočinskega ravnovesja v telesu, morajo biti stalnica v obravnavi starostnikov. Če starostnik biva v institucionalnem varstvu, moramo k sodelovanju pri prehranjevanju in pitju povabiti tudi starostnikove svojce. V domovih za starostnike so potrebne regulacije, ki naj zagotavljajo sistemsko planiranje zadostne količine tekočinskega vnosa in natančno beleženje tekočinskega vnosa. Smiselna je uporaba kontrolnih seznamov za oceno tveganja in vprašalnikov za ugotavljanje prehranskega in tekočinskega statusa, ob katerih negovalno osebje razmišlja o tem, kdo je ogrožen

in ima dejavnike tveganja za dehidracijo. Predvsem so potrebna natančna navodila za lažje prepoznavanje simptomov dehidracije, ki pa so pri starostnikih velikokrat nejasni ali se prekrivajo z drugimi bolezenskimi stanji. Prepoznavanje zgodnje faze dehidracije daje možnost, da lahko že s samo s povečanim pitjem tekočin preprečimo za zdravje neugodne posledice. Pravilna in pravočasna prepoznavna stanja nezadostnega vnosa tekočin pri starostnikih zahteva določena specifična in specialna znanja ter je osebam, ki skrbijo za starostnika v njegovem domačem okolju, kakor tudi osebju zdravstvene nege in oskrbe v ustanovah institucionalnega varstva, navodilo za pravočasno in ustrezno ukrepanje. Ko priporočljiv vnos tekočine s pitjem in prehrano ni realiziran, lahko starostniku damo tekočine tudi podkožno. V bolj specifičnih in hujših primerih pa tekočine apliciramo intravensko (Schols in drugi 2009, 156). Skrb za tekočinsko ravnovesje starostnikov je majhen, a pomemben ukrep v mozaiku aktivnosti za doseganje kakovostnega in zadovoljnega življenja starostnika, ki ne vključuje samo servisa, temveč pomeni zmanjšanje občutka nemoči, ranljivosti, izoliranosti in ogroženosti.

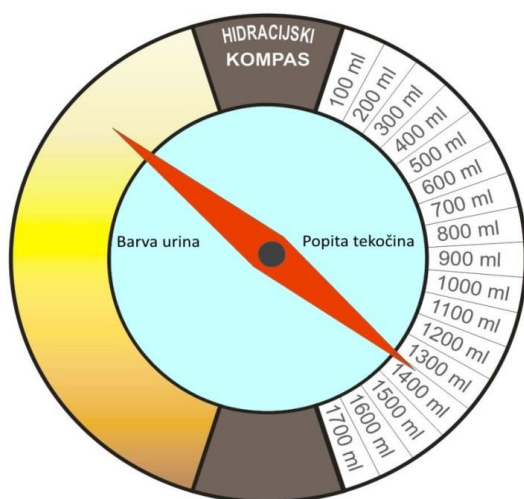
8.1 Pripomoček za merjenje zaužite tekočine – hidracijski kompas

Pomoč starostniku, namesto spodbude, da se kadar je le mogoče hrani, pije tekočine in giblje brez tuje pomoči, lahko poveča njegovo vedenjsko odvisnost in zmanjšuje samostojnost (Stabell in drugi, 2004, 677 - 686). Starostnika moramo aktivno vključevati v samostojno skrb za svoje osnovne aktivnosti in lastno hidracijo. Starostniku je potrebno ob minimalni asistenci in verbalni spodbudi za ohranitev samooskrbe omogočiti, da poskusi aktivnost opraviti sam (Proot in drugi, 2000, 267-276). Pri tem je pomembna izbira prijemov motivacije, ki morajo biti starostnikom prilagojeni. Največkrat govorimo o verbalni spodbudi, zelo koristna pa je lahko tudi vizualna spodbuda, na primer kadar starostniki vidijo piti druge, tekočine zaužijejo tudi sami. Vizualni opomniki lahko spodbudijo povečano uživanje tekočine (Wotton in drugi, 2008, 54). V želji po boljši objektivizaciji problema dehidracije in izboljšanju skrbi za tekočinsko ravnovesje starostnikov smo oblikovali pripomoček preventivnim strategijam za preprečevanje tekočinskega neravnovesja. Pripomoček, ki smo ga poimenovali »Hidracijski kompas«, služi kot podporno gradivo ustnim informacijam in predstavlja vizualno spodbudo za lastno skrb za zadosten tekočinski vnos.

Pripomoček po videzu podoben kompasu, je sestavljen iz tekočinske številčnice in kolorimetrične urinske skale (Slika 3). Del, ki predstavlja tekočinsko številčnico, je sestavljen iz 17 deležev, pri čemer vsak delež predstavlja 100 ml zaužite tekočine na dan. Na tekočinski številčnici lahko tako razberemo količino zaužite tekočine od 100 ml pa do 1700 ml na dan. Na nasprotni strani hidracijskega kompasa se nahaja kolorimetrična urinska skala, ki vsebuje različne odtenke barve urina. Osem standardnih barv urina, od blede slamnate do zelenkasto rjave, se na skali preliva zvezno, od najsvetlejše do najtemnejše barve urina. V sredini hidracijskega kompasa je kazalec, ki je umerjen tako, da s premikom kazalca na izbran delež zaužite tekočine, le-ta na nasprotni strani pokaže na barvo urina, ki jo starostnik ob dani zaužiti tekočini lahko pričakuje. Starostnik lahko tudi najprej določi barvo izločenega urina in ugotovi, koliko tekočine bi za pričakovano barvo urina moral dnevno zaužiti. Pripomoček temelji na vedenju, da je hidracijski status posameznika praviloma povezan z barvo izločenega urina. Kadar starostnik urinira

manj pogosto ali je njegov urin temnejši kot običajno, mora zaužiti več tekočin. Temnejši kot je urin, slabša je hidracija. Urin, ki je blede slamnate barve, običajno kaže na normalen hidracijski status, zelenkasto rjav pa na dehidracijo (Mentes, 2006a, 46). Izjeme predstavljajo nekatera bolezenska stanja, ki običajno zahtevajo hospitalizacijo (internistična obolenja, poškodbe, zastrupitve) ali zaužita zdravila (Lindič in Škoberne, 2014, 43-63). Pripomoček je orientacijski, namenjen je osveščanju in seznanjanju starostnika o pomembnosti uživanja zadostnih količin tekočin dnevno, hkrati pa mu omogoča tudi sprotno preverjanje uspešnosti hidracije. Starostnik lahko ob vsakem zaužitju tekočine premakne kazalec glede na količino popite tekočine, s tem se na nasprotni strani kazalec pomakne po barvni skali in pokaže pričakovano barvo urina, saj bi na podlagi visoke variabilnosti zaužite tekočine pri starostnikih, moral biti poudarek na vzpodbujanju starostnikov, da kontrolirajo svojo lastno raven hidracije s pomočjo označevalcev, kot je barva urina (Armstrong, 2005, 40). Hidracijski kompas je praktičen in uporaben, saj lahko z njegovo pomočjo v populaciji starostnikov, ki imajo povečano tveganje za dehidracijo, dosežemo večjo osebno skrb za zadosten vnos tekočin. Prav tako je uporaben pri starostnikih, ki sami niso sposobni kontrolirati vnosa in nadzor nad hidracijo vodijo oskrbovalci. S hidracijskim kompasom lahko oskrbovalci zelo preprosto in učinkovito nadzorujejo tekočinski vnos, ki se v praksi vpisuje v določene formularje (temperaturni list, dnevnik aktivnosti). Ti formularji so manj pregledni, pogosto pa tudi niso na voljo ob postelji in nemudoma dostopni oskrbovancem in oskrbovalcem. Hidracijski kompas se lahko namesti na vidno mesto in že bežen pogled nanj nam lahko pove, koliko tekočine je določenem časovnem intervalu zaužil starostnik (Slika 4).

Slika 4: Hidracijski kompas.



Vir: Lešnik, 2015.

9 ZAKLJUČEK

Problematika nezadostnega vnosa tekočin pri starostnikih je občutljivo področje, kjer nastajajo nepotrebne, mnogokrat nepopravljive posledice na zdravju starostnikov. Zaradi vedno večjega števila težko bolnih starostnikov v institucionalnem varstvu se je znatno povečala potreba po povečanem številu strokovnega zdravstvenega kadra. Kadrovanje pa še vedno temelji na normativih,

ki so bili postavljeni pred več kot tridesetimi leti, kar botruje neustreznemu, strokovnemu nivoju negovalnega osebja in ne zagotavlja kakovosti storitve po predpisanih standardih. Če želimo vzpostaviti najvišji standard psihosocialne oskrbe starostnika, moramo poskrbeti za formalne negovalce, ki morajo biti deležni sprotnega usposabljanja in psihološke podpore in biti za delo s starostniki ustrezno motivirani. Organizacijska kultura prav gotovo v veliki meri vpliva na počutje oskrbovancev, na medosebno komunikacijo med oskrbovanec-oskrbovalec in na kakovost oskrbe. Če ta ni ustrezna, se pojavljajo številne težave in nevšečnosti, katerih žrtev so najpogosteje oskrbovanci, pogosto pa tudi zaposleni v institucionalnem varstvu.

Cilji, ki smo si jih pred raziskovanjem zadali, so bili opredelitev problema tekočinskega neravnovesja pri starostnikih v našem okolju, opozoriti na biološke osnove in sociološke spremembe, ki so povezane s starostjo in predstavljajo tveganje za tekočinsko neravnovesje ter predstaviti sociokulturne in institucijske dejavnike, ki vplivajo na pogost, nezadosten tekočinski vnos pri starostnikih. Menimo, da smo cilje dosegli. V disertaciji navajamo podatke, ki osvetljujejo in do neke mere pojasnjujejo dejavnike, o katerih v našem prostoru do sedaj ni bilo veliko povedanega. Menimo, da smo na podlagi predstavljenih spoznanj utemeljili upravičenost pomislekov glede kakovosti oskrbe naših starostnikov in potrebo po konkretnih in učinkovitih preventivnih strategijah za preprečevanje in prepoznavanje tekočinskega neravnovesja pri starostnikih v našem okolju.

Prav tako smo potrdili postavljene hipoteze. V prvem delu našega raziskovanja (klinična raziskava) smo na podlagi rezultatov potrdili prvo hipotezo (**H1**) in drugo hipotezo (**H2**), v katerih smo domnevali, da v našem okolju obstaja pomembna pojavnost dehidracije in so starostniki, ki živijo v institucionalnem varstvu pogosteje dehidrirani kot starostniki, ki živijo v domačem okolju. V drugem delu (anketiranje starostnikov) smo potrdili tretjo hipotezo (**H3**), v kateri smo predpostavljali, da starostniki zadostno uživanje tekočin prepoznavajo kot dejavnik zdravega in kakovostnega življenja in četrto hipotezo (**H4**), kjer smo predvidevali, da bomo potrdili pomanjkljivo skrb za tekočinsko ravnovesje starostnikov.

V doktorski disertaciji smo želeli odgovoriti na številna vprašanja vendar se je pokazalo, da odgovor na določeno vprašanje tvori nova vprašanja, na katera bo v prihodnjih raziskavah še potrebno odgovoriti, če bomo želeli razumeti resnično širino problema dehidracije starostnikov. Rezultati ankete, opravljene pri več kot 400 starostnikih, so sicer potrdili naše hipoteze, vendar smo kljub vsemu nad njimi nekoliko presenečeni. Opirajoč se samo na rezultate ankete, bi lahko pomislili, da je življenje starostnikov, ki živijo v ustanovah institucionalnega varstva »čudovito«. Večina starostnikov na vprašanja o zadovoljstvu z oskrbo in zdravstveno nego ni odgovorila s kritiko. Mnogi starostniki izpostavljajo predvsem pomanjkanje negovalnega osebja. Na podlagi zaznamkov pa lahko domnevamo, da se zavedajo, da preprosto nimajo izbire, sprijaznjeno sprejemajo ponujeno in dano. Ob tem se moramo zavedati, da je bila anketirana generacija, ki ima privzgojene sposobnosti prilagajanja. To je generacija, ki ceni red in disciplino in je potrpežljiva, predvsem pa ima spoštovanje do institucije kot državne ustanove, ki je bila v »njihovih časih« lastnik in plačnik vseh institucij in organizacij (Kolarič in drugi, 2009, 45). Zaznamki, ki smo jih napravili, ob anketiranju, jasno opozarjajo na omejen diskurs starostnikov v institucionalnem varstvu. Zaradi tega je težko

pričakovati, da bodo tujcu, ki ga med anketiranjem vidijo prvič, govorili o svojih razočaranjih in izražali nezadovoljstvo nad oskrbo, ne da bi se bali, da bo njihov položaj zaradi tega še slabši. Naj na tem mestu opozorimo, da danes v ustanove institucionalnega varstva prihaja generacija, ki vse bolj zahteva v posameznika orientirano oskrbo, kjer je veliko večji poudarek na zadovoljevanju individualnih potreb in interesov. Prevladujoče vrednote današnjega časa so neodvisnost, odgovornost zase, zasebnost, domačnost in občutek varnosti, čemur se bodo morale institucije v čim krajšem času prilagoditi.

Zaradi potrebe po konkretnih in učinkovitih strategijah za preprečevanje in prepoznavanje tekočinskega neravnovesja pri starostnikih v našem okolju smo osnovali pripomoček »Hidracijski kompas«, ki služi kot podporno gradivo ustnim informacijam in predstavlja vizualno spodbudo za lastno skrb za zadosten tekočinski vnos. Model, ki ima podobo ure ali kompasa, vsebuje informacijo o dveh ključnih elementih tekočinskega ravnotežja: barva izločenega urina in količina zaužite tekočine dnevno. Hidracijski kompas je trenutno v fazi preizkušanja na zdravih prostovoljcih in bolnikih UKC Maribor.

Z raziskavo pridobljeni rezultati, kakor tudi zasnovan inovativni pripomoček za merjenje popite tekočine, kot del strategije za preprečevanje in prepoznavanje tekočinskega neravnovesja pri starostnikih, so lahko osnova za nadaljnja raziskovanja, ki bodo prispevala k ohranjanju zdravja ter kvalitete življenja populacije starostnikov ter zmanjšanju stroškov zdravstvene obravnave starostnikov, povzročene z dehidracijo. Zavedamo se, da bo potrebno vložiti še veliko truda, da bomo v vsakodnevnem stiku s starostniki dosegli primeren vnos tekočine pri tej populaciji. Skrb za tekočinsko ravnovesje je majhen, a pomemben ukrep v mozaiku potrebnih ukrepov in ne vključuje samo servisa, temveč pomeni zmanjšanje občutka nemoči, ranljivosti, izoliranosti in ogroženosti. Družba mora vzpostaviti vodila za sodelovanje med socialno, zdravstveno in ekonomsko stroko, saj je trenutna razpršenost interesov posameznih družbenih skupin ovira za kakovostno obravnavo problematike, povezane s staranjem in starostjo. »Ni dovolj, da samo vzpostavimo vrsto idealov, vzpostaviti moramo tudi vodila, kako ideale in teorije prenesti v dejanja.« (Tschudin, 2004, str. 57).

10 LITERATURA IN VIRI

1. American geriatrics Society. 2012. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 60 (4): 616-31.
2. *A review of dehydration geriatric patients health: essay*, 2013. Dostopno na: <http://www.ukessays.com/essays/health/a-review-of-dehydration-geriatric-patients-health-essay.php?cref=1> (17. september 2014).
3. Abdallah, Lisa, Remington, Ruth, Houde, Susan, Zahn, Lin in Melillo Devereaux, Karen. 2009. Dehydration Reduction in Community-Dwelling Older Adults: Perspectives of Community Health Care Providers. *Research in Gerontological Nursing* 2 (1): 49-57.
4. Accetto, Bojan. 1987. *Starost in staranje* (Osnove medicinske gerontologije). Ljubljana: Cankarjeva založba.
5. Allison, Robert D., Levis, Ray, Liedke, Rudy, Buchmeyer, Dean N. in Frank, Harold. 2005. Early Identification of Hypovolemia Using Total Body Resistance Measurements in Long - Term Care Facility Residents. *General Medicine* 2 (1): 19-34.
6. Allison, Simon P. in Lobo, Dileep N. 2004. Fluid and electrolytes in the elderly. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 7 (1): 27-33.
7. Archibald, Carole, 2006. Promoting hydration in patients with dementia in healthcare settings. *Nursing Standard* 20 (44): 49-52.
8. Armstrong Lawrence E. 2005. Hydration Assessment Techniques. *Nutr. Rev. Suppl.* 63 (1): 40-54
9. Avguštin, Nuša in Lindič, Jelka. 2014. Starostnik z ledvično boleznijo. V *Bolezni ledvic*, ur. Jelka Lindič, Damjan Kovač, Radoslav Kveder, Marko Malovrh, Jernej Pajek, Andereja Aleš Rigler in Andrej Škoberne, 463-479. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana.
10. Barasi, Mary E. 2003. *Human nutrition: a Health perspective*. London: Arnold, cop.
11. Begum Monirun, Nessa in Johnson, Shanthi C. 2010. A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. *European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* 5 (1): 47-53.
12. Bennett, Jill A., Thomas, Valorie in Riegel, Barbara. 2004. Unrecognized chronic dehydration in older adults: Examining prevalence rates and risk factors. *Journal of Gerontological Nursing* 30 (11): 22-28.
13. Bennett, Jill A. 2000. Dehidration: Hazards and Benefits. *Geriatric Nursing* 21 (2): 84-87.
14. Bernard, Miriam in Phillips, Judith. 2000. The challenge of ageing in tomorrow's Britain. *Ageing & Society* 20 (1): 33-54.
15. Bevc, Sebastjan, Hojs, Radovan, Ekart, Robert, Gorenjak, Maksimiljan in Puklavac, Ludvik. 2011. Simple cystatin C formula compared to sophisticated CKD-EPI formulas for estimation of glomerular filtration rate in the elderly. *Therapeutic Apheresis and Dialysis* 15 (3): 261-268.
16. Bevc, Sebastjan, Ekart, Robert in Hojs, Radovan. 2013. Spoznava kronične ledvične bolezni pri starostnikih. V *24. srečanje internistov in zdravnikov družinske medicine Iz prakse za prakso*. ur. Radovan Hojs, Ivan Krajnc,

- Artur Pahor, Pavel Skok, Marjan Skalicky, 17-21. Maribor: Univerzitetni klinični center.
17. Bezenšek, Jana in Barle, Andreja. 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Medicinska Fakulteta Maribor.
 18. Bodner, Ehud in Lazar, Aryeh. 2008. *Ageism among Israeli students: structure and demographic influences*. Dostopno na: http://www.ariel.ac.il/images/stories/site/personalSites/ArieLazar/Bodner_and_Lazar_2008.pdf (22. januar 2015).
 19. Bond, John in Corner, Lynne. 2001. Researching dementia: are there unique methodological challenges for health service research? *Ageing and Society* 21 (1): 95-106.
 20. Bond, John in Corner, Lynne. 2006. The future of well-being: quality of life of older people in the twenty-first century. V *The Futures of Old Age* ur. John, A. Vincent, Chris, Phillipson in Murna, Downs, 154–160. London: Sage.
 21. Carstensen, Laura L., Fung, Helene H. in Charles, Susan T. 2003. Socioemotional selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the second Half of Life. *Motivation and Emotion* 27 (2): 103-123.
 22. Castle, Nicholas G. 2008. Nursing Home Caregiver Staffing Levels and Quality of Care A Literature Review. *Journal of Applied Gerontology* 27 (4): 375-405.
 23. Chassagne, Philippe, Laurent, Druesne, Capet, Corinne, Francois Menard, Jean in Bercoff, Eric. 2006. Clinical presentation of hypernatremia in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 54 (8): 1225-1230.
 24. Chernoff, Ronni. 1994. Meeting the nutritional needs of the elderly in the institutional setting. *Nutrition Reviews* 42 (4): 132-136.
 25. Cheuvront, Samuel N., Brett, Ely, Kenefick, Robert W. in Sawka, Michael N. 2010. Biological variation and diagnostic accuracy of dehydration assessment markers 1,2,3,4. *American Journal of Clinical Nutrition* 92 (3): 565-573.
 26. Cheuvront, Samuel N., Kenefick, Robert W., Charkoudian, Nisha in Sawka Michael N. 2013. *American Journal of Clinical Nutrition* 97 (3): 455-462.
 27. Chidester, June C. in Spangler, Alice A. 1997. Fluid intake in the institutionalized elderly. *Journal of the American dietetic association* 97 (1): 23-28.
 28. Cijan, Rafael in Cijan, Vladimir. 2003. *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
 29. Claire, Raphael, Briscoe, Cathy, Davies, Justin, Whinnett Zachary, Ian, Manisty, Charlotte, Sutton, Richard, Mayet, Jamil in Darrel, Francis P. 2007. Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart* 93 (4): 476-482.
 30. Clarke, Amanda. 2000. Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing* 9 (7): 429-433.
 31. Dannefer, Dale, Stein, Paul, Siders, Rebecca in Patterson, Robin Shura. 2008. Is that all there is? The concept of care and the dialectic of critique. *Journal of Aging Studies* 22 (2): 101-108.
 32. Debeljak, Tadej in Kvas, Andreja. 2013. Zdravstvena nega bolnika z motnjami v elektrolitskem ravnovesju natrija in kalija. V *Sedanjest in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb*, ur. Danica

- Železnik, Miha Boris Kaučič in Uroš Železnik, 235-244. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
33. Diener, Ed, Emmons, Roberta A., Larsen, Randy J. in Griffin, Sharon. 1985. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49 (1): 71-75.
 34. Dimovski, Vlado in Žnidaršič, Jana. 2007. *Ekonomski vidiki staranja prebivalstva v Sloveniji: kako ublažiti posledice s pristopom aktivnega staranja*. *Kakovostna starost*, 10 (1): 2-15.
 35. Eurostat - European Commission. 2012. *Active ageign and solidarity between generations*. A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
 36. Evans, Sherrill. 2009. Quality of life measures in the elderly and later life. V *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* ur. Viktor R. Preedy in Ronald Ross Watson, 227-246 Heidelberg: Springer.
 37. Faes, Miriam C., Spigt, Mark G. in Rikkert, Olde. 2007. Dehydration in Geriatrics. *Geriatrics and Aging* 10 (9): 590-596.
 38. Fahey, Tom, Montgomery, Alan A., Barnes, James in Protheroe, Jo. 2003. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *British Medical Journal* 326 (7389): 580-583.
 39. Feinsod, Fred M., Levenson, Steven A., Rapp, Keith, Rapp-Pat, Mary, Beechinor, Eloise in Liebmann, Laurencia, 2004. Dehydration in Frail, Older Residents in Long Term Care Facilities. *Journal of the American Medical Directors Association* 3 (6):36-41.
 40. Ferencina, Jurica in Lešnik, Amadeus. 2013. Polypharmacy in elderly. V *Društvo i tehnologija: book of abstracts*. ur. Mario Plenkovič, 44. Zagreb: International Federation of Communication Associations - IFCA: Croatian Communication Association - CCA, Maribor: Alma Mater Europaea - European Center.
 41. Ferry, Monique. 2005. Strategies for Ensuring Good Hydration in the Elderly. *Nutrition Reviews* 63 (6): 22-29.
 42. Filipovič Hrast, Maša in Hlebec, Valentina. 2009. Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji in tranzicijske spremembe. V *Brez spopada: kultur, spolov, generacij*, ur. Veronika Tašner, 195-214. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani
 43. Filipovič, Maša, Kogovšek, Tina in Hlebec, Valentina, 2005. *Starostniki in njihova vpetost v sosedstva omrežja*. *Družboslovne razprave* 49-50: 205-221.
 44. Flaker, Vito, Mali, Jana, Kodele, Tadeja, Grebenc, Vera, Škerjanc, Jože in Urek, Mojca, 2008. *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
 45. Flaker, Vito. 2008. *Dolgotrajna oskrba-nov družbeni izziv in nova paradigma oskrbe*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
 46. Frisoli, Junior A., De Paula, Ana Patricia, Feldman, Daniel in Nasri, Fabio. 2000. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. A practical and low cost treatment for elderly patients. *Drugs & Aging* 16 (4): 313-319.
 47. Food and Nutrition Board. 1989. Recommended dietary allowances (10th ed.). Washington, DC: *National Academy Press*.

48. Garson, David G. 2008 *Factor Analysis: Statnotes*. Dostopno na: <http://tx.liberal.ntu.edu.tw/~purplewoo/Literature/DataAnalysis/Factor%20Analysis-types.htm> (5. avgust 2015).
49. Godec, Marija in Omejc Helena. 2004. Obvladovanje bolečine pri starostnikih. *Zdravstveni vestnik* 73: 777-781.
50. Godfrey, Helen, Cloete, Jenny, Dymond, Elizabeth in Long, Adele, 2012. An Exploration of the hydration care of older people: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 49 (10): 1200-1211.
51. Goriup, Jana. 2015. Socialna gerontologija in problem diskurza Ageizma. V *Znanost in kultura za zdravo družbo*, ur. Bojana Filej, 114-119. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM.
52. Grad, Anton. 2008. *O demenci*. Dostopno na: <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/12-o-demenci-grd.pdf> (4. junij 2015).
53. Gray, Anne. 2009. The social capital of older people. *Ageing and Society* 29 (1): 5-31.
54. Greenleaf, John E. 1991. Problem: thirst, drinking behavior, and involuntary dehydration. *Medicine and science in sports and exercise* 24 (6): 645-656.
55. Grm, Barbara in Rejc, Renata. 2013. *Slovenija v številkah 2013*. Dostopno na: http://www.stat.si/doc/pub/slo_stevilke_13.pdf (31 maj. 2015).
56. Habjanič, Ana. 2011. *Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja*. Obzor Zdr N., 45 (1): 39-47.
57. Habjanič, Ana in Lahe Danijela. 2012. *Nasilje nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov*. Obzor Zdr N., 46 (1): 37-45.
58. Hlebec, Valentina, Filipovič Hrast, Maša, Kump, Sonja, Jelenc Krašovec, Sabina, Pahor, Majda in Domajnko, Barbara, 2012. *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
59. Hlebec, Valentina, Kogovšek, Tina, Domajnko, Barbara in Pahor, Majda, 2009. *Kako misliti opazovati in razumeti omrežja starejših ljudi v Sloveniji*. Maribor: Aristej.
60. Hodgkinson, Brent, Evans, David in Wood, Jacky. 2003. Maintaining oral hydration in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice* 9 (3): 19-28.
61. Holst, Marie, Strömberg, Anna, Lindholm, Maud in Willenheimer, Ronnie. 2008. Description of self-reported fluid intake and its effects on body weight, symptoms, quality of life and physical capacity in patients with stable chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing* 17 (17): 2318-2326.
62. Hooper, Lee, Bunn, Diane, Jimoh, Florence O in Fairweather-Tait, Susan J. 2014. Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms of Ageing and Development* 136-137: 50-58.
63. Hovnik Keršmanc, Marjeta. 2009. *Staranje prebivalstva*. Gorenjski bilten javnega zdravja, 2 (20): 9-12.
64. Hvalič-Touzery, Simona. 2009. *Družinska oskrba bolnih starih družinskih članov*. Maribor: Aristej.
65. Imperl, Franc. 2012. *Kakovost oskrbe starejših - izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co.

66. Introduction to SAS. UCLA: Statistical Consulting Group. 2007. What does Cronbachs alpha mean? Dostopno na: <http://www.ats.ucla.edu/stat/spss/faq/alpha.html> (10. Marec 2016).
67. Imperl, Franc. 2014. *Možne strategije razvoja domov za starejše*. *Kakovostna starost*, 17 (4): 2-20.
68. Jequier, Eric in Constant, Florence. 2010. Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European Journal of Clinical Nutrition* 64 (2): 115-123.
69. Jurca, Nataša. 2010. *Zlom kolka je lahko smrtno nevaren*. Dostopno na: <http://vizita.si/clanek/kjevasboli/zlom-kolka-je-lahko-smrtno-nevaren.html> (22. januar. 2016).
70. Kališnik, Vanja. 2006. Svetlo modra. *Priročnik za duhovno rast in razvoj*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
71. Kayser Jones, Jeanie, Schell, Ellen S., Porter, Carol, Barbaccia, Joseph C. in Shaw, Heather. 1999. Factors Contributing to Dehydration in Nursing Homes: Inadequate Staffing and Lack of Professional Supervision. *Journal of the American Geriatrics Society* 47 (10):1187-1194.
72. KDIGO. 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. Suppl, 3: 136-150.
73. Kobentar, Radojka. 2008. *Socialni odnosi v starosti*. *Socialna pedagogika* Ljubljana, 12 (2): 145-160.
74. Kocjančič, Andreja. 2000. *Klinična preiskava*. Ljubljana: Littera Picta d.o.o.
75. Kocmur, Helena. 2015. *Mnogi tako dobro še niso živeli*. Delo, 7. julij. Dostopno na: <http://www.delo.si/novice/slovenija/mnogi-tako-dobro-se-niso-ziveli.html> (28. julij 2015).
76. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice. 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
77. Kolarič, Zinka, Rakar, Tatjana in Kopač, Anja. 2009. *Slovenski sistem blaginje v procesu postopnega spreminjanja*. Maribor: Aristej.
78. Larson, Kristin. 2003. Fluid Balance in the Elderly: Assessment and Intervention-Important Role in Community Health and Home Care Nursing. *Geriatric Nursing* 24 (5): 306-309
79. Lasan, Mirjam. 2002. *Stalnost je določila spremembo*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
80. Lazarini, Franc in Brenčič Jurij. 1984. *Splošna in anorganska kemija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
81. Leibovitz, Arthur, Baumohl, Yehuda, Lubart, Emily, Yaina, Adrian, Platinovitz, N. in Segal, Rafael. 2007. Dehydration among long-term care elderly patients with oropharyngeal dysphagia. *Gerontology*, 53 (4): 179-183.
82. Lešnik, Amadeus in Bevc, Sebastjan. 2015. *Ugotavljanje dehidracije pri starostnikih, ki so bili obravnavani na nujni medicinski pomoči: akcijska raziskava*. *Obzor Zdr N.*, 49 (2): 144-148.
83. Levey, Andrew S., Stevens, Lesley A., Schmid, Christopher H., Zhang Yaping, Lucy, Castro, Alejandro F., Feldman, Harold I., Kusek, John W., Eggers, Paul, Van Lente, Frederick, Greene, Tom in Coresh, Josef. 2009. CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). A New

- Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. *Annals of Internal Medicine* 150 (9): 604-612.
84. Lindeman, Robert D., Liang, Hwa Chi, Romero, Linda J. in Baumgartner, Richard. 2000. Do elderly persons need to be encouraged to drink more fluids? *The Journals of Gerontology* 55 (7): 361-365.
 85. Lindič, Jelka in Kveder, Radoslav. 2005. Bolezni ledvic. V *Interna medicina*, ur. Andreja Kocjančič, Franc Mrevlje in Dušan Štajer, 936-1105. Ljubljana: Littera Picta d.o.o.
 86. Lindič, Jelka in Škoberne, Andrej. 2014. Preiskave seča. V *Bolezni ledvic* ur. Jelka Lindič, Damjan Kovač, Radoslav Kveder, Marko Malovrh, Jernej Pajek, Andereja Aleš, Rigler in Andrej, Škoberne, 43-63. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo-Slovensko nefrološko društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana:
 87. Mali, Jana. 2006. *Koncept totalne ustanove in domovi za stare*. Socialno delo, 45 (1/2): 17-27.
 88. Mali, Jana. 2009. *Spremembe v institucionalnem varstvu starejših*. Maribor: Aristej.
 89. Mali, Jana. 2015. Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco. V *Znanost in kultura za zdravo družbo*, ur. Bojana Filej, 269-278. Maribor: Alma Mater Europaea-ECM.
 90. Mandič, Srna. 2009. *Medgeneracijsko zavezništvo, izmenjava virov blaginje in sodobne dileme. Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
 91. Martin, Daniel. 2011. Mail Online. Dostopno na: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1352015/Damning-report-exposes-rising-number-elderly-killed-neglect-care-homes.html> (15. december 2014).
 92. Mentis, Janet C. 2006a. Oral hydration in older adults. *American Journal of Nursing* 106 (6): 40-49.
 93. Mentis, Janet C. 2006b. A Typology of Oral Hydration. *Journal of gerontological nursing* 32 (1): 13-20.
 94. Mesec, Blaž. 1997. *Metodologija raziskovanja v socialnem delu*. Dostopno na: <https://sites.google.com/site/kvalitativnametodologija/metodologija-i/skripta-i> (10. marec 2016).
 95. Mirc, Anita in Čuk, Vesna. 2010. *Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanja z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege*. Obz Zdrav N., 44 (3): 163-172.
 96. Molaschi, Mario, Ponzetto Maria, Massaia, Massimiliano, Villa, Luisa, Scarafioti, Carla in Ferrario, Ermanno. 1997. Hypernatremic dehydration in the elderly on admission to hospital. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 1 (3): 156-60.
 97. Morgan, Amy L., Masterson, Michelle M., Fahlman, Mariane M., Topp, Robert V. in Boardley, Debra. 2003. Hydration status of community-dwelling seniors. *Aging Clin Exp. Res* 15 (4): 301-304.
 98. Movahedi, Ahmadreza, Mojtahedi, Hossein in Farazyani, Fateh. 2011. Differences in socialization between visually impaired student - athletes and non - athletes, *Research in Developmental Disabilities* 32 (1): 58-62.
 99. Mrevlje, Živa in Pokorn, Dražigost. 2011. Prehrana. V *Interna medicina*, ur. Mitja Košnik, Franc Mrevlje, Dušan Štajer, Peter Černelč in Mirta Koželj, 734-735. Ljubljana: Littera Picta, d.o.o.

100. Mueller, Christine, Arling, Greg, Kane, Robert, Bershadsky, Julie, Holland, Diane in Joy, Annika. 2006. Nursing Home Staffing Standards: Their Relationship to Nurse Staffing Levels. *The Gerontologist* 46 (1): 74-80.
101. Muenz, Rainer. 2007. *Aging and demographic change in European societies: main trends and alternative policy options*. Dostopno na: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2007/03/7486500/aging-demographic-change-european-societies-main-trends-alternative-policy-options> (5. junij 2015).
102. Musek, Janek. 2010. *Psihologija življenja*. Vnanje Gorice: Inštitut za psihologijo osebnosti.
103. Nagode, Mateja. 2009. *Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo*. Maribor: Aristej.
104. National Institutes of Health. 2015. *Alzheimers Disease Fact Sheet*. Dostopno na: <https://www.nia.nih.gov/alzheimers/publication/alzheimers-disease-fact-sheet> (22. januar 2016).
105. Osredkar, Joško. 2011. Laboratorijska medicina. V *Interna medicina*, ur. Mitja Košnik, Franc Mrevlje, Dušan Štajer, Peter Černelč in Mirta Koželj, 1642-1645. Ljubljana: Littera Picta d.o.o.
106. Pahor, Majda, Domajnko, Barbara in Hlebec, Valentina. 2009. *Spleti zdravja in bolezni: socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja*. Maribor: Aristej.
107. Palmisano Mills, Christine. 2007. Common Problems in Hospitalized Older Adults: Four Programs to Improve Care. *Journal of Gerontological Nursing* 33 (1): 48-54.
108. Palmore, Erdman B., (2001). The Ageism Survey: First Findings. *The Gerontologist*, 41 (5): 572-575.
109. Pečjak, Vid. 1998. *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Bled: samozaložba.
110. Pečjak, Vid. 2007. *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.
111. Phillips, Judith, Ajrouch, Kristine in Hillcoat-Nalletamby, Sarah. 2010. *Key Concepts in Social Gerontology*. London: SAGE Publications Ltd.
112. Pokorn, Dražigost. 2005a. *Prehrana v različnih življenjskih obdobjih: Prehranska dopolnila v prehrani*, 2 ponatis. Ljubljana: Marbona.
113. Pokorn, Dražigost. 2005b. Prehrana. V *Interna medicina*, ur. Andreja Kocjančič, Franc Mrevlje in Dušan Štajer, 646-680. Ljubljana: Littera Picta d.o.o.
114. *Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev*. Ur. I. RS 2006. Dostopno na: <https://www.uradnilist.si/1/content?id=75069#!/Pravilnik-o-metodologiji-za-oblikovanje-cen-socialno-varstvenih-storitev> (22. junij 2015).
115. *Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev*. Ur. I. RS 2010 Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV10060> (22. junij 2015).
116. Proot, Ireen M., Abu-Saad, Huda H., de Esch-Janssen, Wilma P., Crebolder, Harry F.J.M. in Meulen, Ruud H.J. 2000. Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes. *Int J Nurs Stud* 37 (3): 267-76.
117. Pruchno, Rachel A., Wilson Genderson, Maureen, Rose, Miriam in Cartwright, Francine. 2010. Successful aging: early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist* 50 (6): 821-833.

118. Rakovec-Felser, Zlatka. 2002. *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Studio Linea.
119. Ramovš, Jože, Lipar, Tina in Ramovš, Marta. 2012. *Oskrba onemoglih ljudi*. *Kakovostna starost*, 15 (3): 3-32.
120. Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost, Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
121. Ratnaik, Ranjit N., Milton, Austin G., Nigro, Olimpia. 2000. Drug-associated diarrhoea and constipation in older people: 2. Constipation, *Australian Journal of Hospital Pharmacy* 30 (5): 210-213.
122. Razpotnik, Barica. 2012. *Vse starejši in vse dlje aktivni*. Statistični urad RS. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5044 (7. junij. 2015)
123. Reginelli, Alfonso, Iacobellis, Francesca, Del Vecchio, Lucia, Monaco, Luigi, Berritto, Daniela, Di Grezia, Graziella, Genovese Annibale, Eugenio, Giganti, Melchiorre in Cappabianca Salvatore. 2013. VFMS findings in elderly dysphagic patients: our experience. *Boston Medical Center Surgery* 13 (2): 54.
124. Remington, Ruth in Hultman, Todd. 2007. Hypodermoclysis to treat dehydration: A review of the evidence. *American Journal Geriatrics Society* 55 (12): 2051-2055.
125. Rotovnik Kozjek, Nada, Situlin, Roberta, Zelenik, Damjan, Gabrijelčič Blekuš, Mojca. 2014. *Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje*. Koper: Univerzitetna založba Annales.
126. Schols, Jos M., De Groot, Lisette C.P., Van der Carmmen, Tischa J. in Olde Rikkert, Marcel G. 2009. Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 13 (2): 150-157.
127. Schröder-Butterfill, Elisabeth, in Marianti Ruly. 2006. "A framework for understanding old-age vulnerabilities." *Ageing and Society* 26 (1): 9-35.
128. Sennett, Richard. 1998. *The Corrosion of Character. The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York/London: W.W. Norton & Company.
129. Sheehy, Christine M., Perry, Patsy A. in Cromwell, Sandra L. 1999. Dehydration: biological considerations, age-related changes, and risk factors in older adults. *Biological Research for Nursing* 1 (1): 30-37.
130. Sherman, Aurora M., Shumaiwr, Sally A., Rejeski, Jack W., Morgan, Timothy, Applegate, William B. in Ettinger, Walter. 2006. Social support, social integration, and health-related quality of life over time: results from the fitness and arthritis in seniors trial (FAST). *Psychology and Health* 21 (4): 463-480.
131. Simmons, Sandra F., Alessi, Cathi in Schnelle, John F. 2001. An Intervention to Increase Fluid Intake in Nursing Home Residents: Prompting and Preference Compliance. *Journal of the American Geriatrics Society* 49 (7): 926-933.
132. Simmons, Sandra F. in Schnelle, John F. 2006. Feeding Assistance Needs of Long-Stay Nursing Home Residents and Staff Time to Provide Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 54 (6): 919-924.
133. Slovenska akademija znanosti in umetnosti. 2013. *Trontelj Jože*. Dostopno na: <http://www.sazu.si/o-sazu/clani/joze-trontelj.html> (10. marec 2016).

134. Skipper, Annalynn. 1993. Monitoring and complications of enteral feeding. V *Dietitian's handbook of enteral and parenteral nutrition*, ur. Annalynn Skipper 298. Rockville, MD: Aspen Publishers.
135. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2014. *Zmanjševanje števila zdravstvenih delavcev v domovih za starejše*. Dostopno na: http://www.seniorji.info/DOMOVI_ZA_STAREJSE_Zmanjsevanje_stevila_zdravstvenih_delavcev_v_domovih_za_starejse (22. julij 2015).
136. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2014. *Poudarki iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami*. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/2014Poudarki%20iz%20analiz%20%20Skupnost%20socialnih%20zavodov%20Slovenije%20%20kon%C4%8Dna.pdf> (10. marec 2015).
137. Stabell, Aase, Eide, Hilde, Solheim Gunnel, Anita, Solberg Nasselqvist, Kari in Rustøen, Tone, 2004. Nursing home residents dependence and independence. *Journal of Clinical Nursing* 13 (6): 677- 686.
138. Statistični urad Republike Slovenije. 2013. *Socialna zaščita*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2013/10-13.pdf> (22. junij 2015).
139. Statistični urad Republike Slovenije. 2014. *Prebivalstvo*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/pregled-podrocja?idp=17&headerbar=15> (22. junij 2015).
140. Statistični urad Republike Slovenije. 2015. *Prebivalstvo*. Dostopno na: <http://www.stat.si/statweb/pregled-podrocja?idp=47&headerbar=15> (22. junij 2015).
141. Šadl, Zdenka. 2007. *Čustveno doživljanje starostnikov od tradicionalnih pogledov k sodobnim*. *Socialno delo* 46 (1/2): 13-19.
142. Šircelj, Milivoja. 2009. *Staranje prebivalstva v Sloveniji*. Maribor: Aristej.
143. Špidla, Vladimir. 2012. Medgeneracijska solidarnost in staranje. V *Medgeneracijska solidarnost in staranje*, ur. Jože Ramovš, 13-16. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
144. Štajer, Dušan in Koželj, Mirta. 2005. Bolezni srca in ožilja. V *Interna medicina*, ur. Andreja Kocjančič, Franc Mrevlje, Dušan Štajer, 54-290. Ljubljana: Littera Picta d.o.o.
145. Testad, Ingelin, Aasland, Anne Margrethe in Aarsland, Dag. 2005. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20 (6): 587-590.
146. Thomas, David R., Tariq, Syed H., Makhdomm, Sohail, Haddad, Rami in Moinuddin, Asif. 2003. Physician Misdiagnosis of Dehydration in Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association* 4 (5): 251-254.
147. Tomše, Jan. 2013. *Kako živijo slovenski upokojeenci?* Dostopno na: http://www.siol.net/novice/slovenija/2013/07/kako_zivijo_upokojenci.aspx (7. junij 2015).
148. Toplak, Cirila. 2003. *Osebno dostojanstvo. Pogovori o prihodnosti Slovenije pri predsedniku republike*. Dostopno na: <http://www.prihodnost-slovenije.si/uprs/ps.nsf/krf/FB6DF80AA7928F71C1256E940046C553?OpenDocument> (15. junij 2015)

149. Trontelj, Jože. 2005. *Zdrava poznejša leta: naj bodo tudi lepa*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
150. Trstenjak, Anton. 1993. *Umrješ, da živiš*. Celje: Moharjeva družba.
151. Turk, Zmago in Turk, Eva. 2015. Ortorehabilitacija in ortogeriatrja-Holistični pristop k oskrbi starostnikov. V *Znanost in kultura za zdravo družbo*, ur. Bojana Filej, 488-494. Maribor: Alma Mater Europaea-ECM.
152. Tschudin, Verena. 2004. *Etika v zdravstveni negi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
153. Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
154. Vertot, Nelka. 2008. *1. oktober, mednarodni dan starejših*. Statistični urad RS. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=1908> (25. maj 2015).
155. Vidmar, Darja. 2010. *Dehidracija. Prva zdravstvena asistenca*. Dostopno na: <http://pza.si/Clanek/Dehidracija.aspx> (22. avgust 2015).
156. Vivanti, Angela, Harvey, Keren, Ash, Susan in Battistutta, Diana. 2008. Clinical assessment of dehydration in older people admitted to hospital. What are the strongest indicators? *Archives of Gerontology and Geriatrics* 47 (3): 340-355.
157. Vivanti, Angela P. 2012. Origins for the estimations of water requirements in adults. *European Journal of Clinical Nutrition* 66: 1282-1289.
158. Voyer, Philippe, McCusker, Jane, Cole, Martin G., St-Jacques, Sylvie in Khomenko, Lioudmila. 2007. Factors associated with delirium severity among older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16 (5): 819-831.
159. Walker, Charles A., Cox Curry, Linda in Hogstel, Mildred O. 2007. Relocation Stress Syndrome in Older Adults Transitioning from Home to a Long-Term Care Facility: Myth or Reality? *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 45 (1): 38-45.
160. Wallace, Meredith. 2004. Best Practices in Nursing Care to Older Adults. *Medsurg Nursing* 13 (1): 60-61.
161. Wedo, 2012. *Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih oskrbe in podpore*. Dostopno na: http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_SL_WEB.pdf (22. september 2015).
162. Wilson, Margaret-Mary G. in Morley, John E. 2003. Impaired cognitive function and mental performance in mild dehydration. *European Journal of Clinical Nutrition* 57 (2): 24-29.
163. Wilson, Margaret-Mary G. 2006. Dehydration. V *Principles and practice of geriatric medicine*. 4 th ed. ur. M.S. John Pathy, Alan J. Sinclair in John E. Morley, 321-327. St. Louis: John Wiley & Sons, Ltd.
164. Woodward, Michael C. 2002. Constipation in Older People Pharmacological Management Issues. *J Pharm Pract Res* 32: 37-43.
165. World Health Organization. 2012. *Dementia: a public health priority*. Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/ (11. junij 2015)

166. World Medical Association Declaration of Helsinki. 1964. *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Dostopno na: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> (6. julij 2015).
167. Wotton, Karen, Crannitch, Karina in Munt, Rebecca. 2008. Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*. *Contemporary Nurse* 31 (1): 44-56.
168. Wu, Shu Ju, Wang, Hsiu Hung, Yeh, Shu Hui, Wang, Yi Hsien in Yang, Yung Mei. 2010. Hydration status of nursing home residents in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing* 67 (3): 583-590.
169. Zaletel, Marija. 2009. *Vpliv medicinskih sester na identiteto starostnikov v domovih starejših občanov*. *Obz Zdr N.*, 43(3): 183-189.
170. Zembruski, Cora. 2003. Best practices in nursing care to older adults. *Dermatology Nursing* 15 (5): 475-476.
171. Zupanič Slavec, Zvonka. 2013. Accetto, Bojan (1922–2007). *Slovenska biografija. Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Znanstvenoraziskovalni center SAZU*. Dostopno na: <http://www.slovenska-biografija.si/oseba/sbi1000020/#novi-slovenski-biografski-leksikon> (10. marec 2016).
172. Zorc, Joca, Hlastan Ribič, Cirila in Skela Savič, Brigita. 2015. *Dietary habits and physical activity patterns among Slovenian elderly: cross-sectional survey with cluster analysis*. *Obz Zdr N.*, 49 (1): 9-17.
173. Železnik, Danica, Buček Hajdarevič, Irena, Černivec, Jelka, Lekič Poljšak, Valerija in Prestor, Jože. 2013. *Aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe na področju socialno varstvenih zavodov*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
174. Železnik, Danica. 2010. *Ocena samooskrbe starejših ljudi - pomemben dejavnik za njihovo samooskrbo*. *Kakovostna starost*, 13 (4): 21-31.
175. Železnik, Danica. 2014. *Skrb zase kot paradigma življenja starostnikov: znanstvena monografija*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
176. Železnik, Uroš. 2013. Pomen uravnotežene prehrane v starosti. V *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb* ur. Danica Železnik, Boris Miha, Kaučič, Uroš Železnik, 382-391 Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.

11 PRILOGE

Priloga A: Anketni vprašalnik

Priloga B: Rezultati anketiranja po posameznih »DSO«.

Priloga C: Zaznamki o posameznih izjavah anketiranih

IZJAVA O AVTORSTVU

SOGLASJE KOMISIJE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

IZJAVA O LEKTORIRANJU

POROČILO O REZULTATIH PREVERJANJA PLAGIATORSTVA

POTRDILO O TEHNIČNEM PREGLEDU DOKTORSKE DISERTACIJE

Priloga A: Anketni vprašalnik

Spol			M. Ž.		Starost	
Dosežena izobrazba			Do in sred. šol		Več kot sred. šol.	
Kje starostnik živi?			Dom up.		Doma	
Lahko se hrani, pije in giba brez pomoči.			Da = (1 – 18)		Ne = (1 – 28)	
Koliko kozarcev tekočine dnevno spijete?			0	1 – 3	4 – 5	6 – 8
1.	Ali menite, da je dehidracija problem pri starostnikih.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
2.	Ali menite, da uživanje tekočine pomembno za vaše zdravje.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
3.	O pomenu uživanja tekočin sem dovolj poučen(a).	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
4.	Potrebna je javna propaganda o pomenu zadostnega uživanja tekočin.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
5.	Kako pogosto čutite žejo?	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
6.	Vam je vedno na voljo dovolj tekočine.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
7.	Lahko izbirate kaj boste pili(a).	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
8.	Ob obroku si (mi) postrežem(jo) tudi tekočino.	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
9.	Med obroki si (mi) postrežem(jo) tudi sadje.	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
10.	Kadar potrebujem pomoč mi je ta vedno na voljo.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
11.	Ker sem star se počutim zapostavljenega.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
12.	Kadar moram prositi za pomoč se počutim neprijetno.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
13.	Družina, sorodniki in prijatelji so mi v veliko oporo.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
14.	Imam bolečine, ki me pri gibanju omejujejo.	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
15.	Kako pogosto se/vas tehtate/jo	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
16.	Živim zadovoljno in kakovostno življenje.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
17.	Mojim željam in potrebam (svojci-neg.) namenjajo dovolj pozornosti.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
18.	Pogosto se namenoma izogibam pitju tekočin.	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
<p>Če je odgovor 18, pozitiven, napišite zakaj:</p>						

**Če anketiranec pri hranjenju, pitju in gibanju potrebuje pomoč obrni list in nadaljuj.
Od 19-28 izpolnjujejo samo anketiranci, ki pri hranjenju, pitju in gibanju potrebujejo pomoč**

19.	Ob hranjenju in pitju mi pomagajo in si za to vzamejo dovolj časa.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
20.	Ob tem me namestijo v udoben položaj.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
21.	Zaužijem vso ponujeno hrano in tekočino.	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
22.	Redno spremljajo moj vnos in izločanje tekočin.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
23.	Tekočino dobim vedno kadar zanjo prosim.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
24.	Tekočina, ki mi je postrežena je vedno primerne temperature.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
25.	Svojci/oskrbovalci me spodbujajo k pitju tekočin.	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
26.	Hrana in tekočina se mi pogosto zatikata.	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli
27.	Za mojo intimno nego je dobro poskrbljeno.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam
28.	Zdravila, ki so mi predpisana mi vedno postrežejo z dovolj tekočine.	Popolnoma se strinjam	Se strinjam	Nevtralen / ne vem	Se ne strinjam	Sploh se ne strinjam

Vir: Lešnik 2014.

Priloga B: Rezultati anketiranja po posameznih »DSO«.

Tabela: Zavedanje problema dehidracije pri starostnikih.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	3	13
	Se strinjam	15	65,2
	Nevtralen / ne vem	5	21,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Se strinjam	18	90
	Nevtralen / ne vem	2	10
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	4	10,5
	Se strinjam	23	60,5
	Nevtralen / ne vem	9	23,7
	Se ne strinjam	2	5,3
Skupaj	38	100	
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	5	25
	Se strinjam	9	45
	Nevtralen / ne vem	6	30
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	5	20,8
	Se strinjam	9	37,5
	Nevtralen / ne vem	6	25
	Se ne strinjam	4	16,7
Skupaj	24	100	
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	5	25
	Se strinjam	6	30
	Nevtralen / ne vem	6	30
	Se ne strinjam	3	15
Skupaj	20	100	
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	4	20
	Se strinjam	10	50
	Nevtralen / ne vem	6	30
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	8	40
	Se strinjam	10	50
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	1	5
Skupaj	20	100	
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	1	4,8
	Se strinjam	13	61,9
	Nevtralen / ne vem	7	33,3
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Pomen uživanja tekočine za zdravje.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	2	8,7
	Se strinjam	19	82,6
	Nevtralen / ne vem	2	8,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	18	90
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	5	13,2
	Se strinjam	26	68,4
	Nevtralen / ne vem	7	18,4
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	10	50
	Se strinjam	9	45
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	4	16,7
	Se strinjam	18	75
	Nevtralen / ne vem	1	4,2
	Se ne strinjam	1	4,2
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	6	30
	Se strinjam	9	45
	Nevtralen / ne vem	5	25
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	3	15
	Se strinjam	15	75
	Nevtralen / ne vem	2	10
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	7	35
	Se strinjam	13	65
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	2	9,5
	Se strinjam	17	81
	Nevtralen / ne vem	2	9,5
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Poučenost o pomenu uživanja tekočin.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	4	17,4
	Se strinjam	14	60,9
	Nevtralen / ne vem	5	21,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	2	10
	Se strinjam	17	85
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	4	10,5
	Se strinjam	24	63,2
	Nevtralen / ne vem	10	26,3
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	10	50
	Se strinjam	8	40
	Nevtralen / ne vem	2	10
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	3	12,5
	Se strinjam	15	62,5
	Nevtralen / ne vem	6	25
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	6	30
	Se strinjam	9	45
	Nevtralen / ne vem	5	25
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	3	15
	Se strinjam	15	75
	Nevtralen / ne vem	2	10
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	4	20
	Se strinjam	9	45
	Nevtralen / ne vem	6	30
	Se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	1	4,8
	Se strinjam	13	61,9
	Nevtralen / ne vem	7	33,3
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Potreba po javni propagandi o pomenu uživanja tekočin.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Se strinjam	12	52,2
	Nevtralen / ne vem	5	21,7
	Se ne strinjam	6	26,1
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Se strinjam	13	65
	Nevtralen / ne vem	3	15
	Se ne strinjam	4	20
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	2	5,3
	Se strinjam	19	50
	Nevtralen / ne vem	12	31,6
	Se ne strinjam	5	13,2
Skupaj	38	100	
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	3	15
	Se strinjam	12	60
	Nevtralen / ne vem	2	10
	Se ne strinjam	3	15
Skupaj	20	100	
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Se strinjam	11	45,8
	Nevtralen / ne vem	5	20,8
	Se ne strinjam	7	29,2
	Sploh se ne strinjam	1	4,2
Skupaj	24	100	
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	3	15
	Se strinjam	4	20
	Nevtralen / ne vem	5	25
	Se ne strinjam	8	40
Skupaj	20	100	
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	15	75
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	3	15
Skupaj	20	100	
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	3	15
	Se strinjam	11	55
	Nevtralen / ne vem	2	10
	Se ne strinjam	4	20
Skupaj	20	100	
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	2	9,5
	Se strinjam	12	57,1
	Nevtralen / ne vem	4	19
	Se ne strinjam	3	14,3
Skupaj	21	100	

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Pogostost občutka žeje.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Pogosto	6	26,1
	Občasno	9	39,1
	Redko	3	13
	Nikoli	5	21,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	7	35
	Občasno	2	10
	Redko	5	25
	Nikoli	5	25
Skupaj	20	100	
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Zelo pogosto	2	5,3
	Pogosto	12	31,6
	Občasno	10	26,3
	Redko	6	15,8
	Nikoli	8	21,1
Skupaj	38	100	
Dom pod Gorco	Pogosto	5	25
	Občasno	5	25
	Redko	7	35
	Nikoli	3	15
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Pogosto	4	16,7
	Občasno	6	25
	Redko	8	33,3
	Nikoli	6	25
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Pogosto	3	15
	Občasno	3	15
	Redko	9	45
	Nikoli	5	25
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	8	40
	Občasno	4	20
	Redko	4	20
	Nikoli	3	15
Skupaj	20	100	
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	4	20
	Občasno	4	20
	Redko	9	45
	Nikoli	2	10
Skupaj	20	100	
Dom Tezno	Pogosto	9	42,9
	Občasno	2	9,5
	Redko	3	14,3
	Nikoli	7	33,3
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Dostopnost tekočine.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	18	78,3
	Se strinjam	5	21,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	16	80
	Se strinjam	4	20
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	28	73,7
	Se strinjam	6	15,8
	Se ne strinjam	4	10,5
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	16	80
	Se strinjam	3	15
	Se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	22	91,7
	Se strinjam	1	4,2
	Se ne strinjam	1	4,2
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	17	85
	Se strinjam	2	10
	Se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	5	25
	Se strinjam	14	70
	Se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	16	80
	Se strinjam	3	15
	Se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	13	61,9
	Se strinjam	7	33,3
	Nevtralen / ne vem	1	4,8
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Možnost izbire tekočin.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Zelo pogosto	4	17,4
	Pogosto	11	47,8
	Občasno	4	17,4
	Redko	4	17,4
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Zelo pogosto	2	10
	Pogosto	5	25
	Občasno	5	25
	Redko	8	40
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Zelo pogosto	5	13,2
	Pogosto	5	13,2
	Občasno	6	15,8
	Redko	22	57,9
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	2	10
	Občasno	5	25
	Redko	11	55
	Nikoli	1	5
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Zelo pogosto	1	4,2
	Pogosto	3	12,5
	Občasno	7	29,2
	Redko	13	54,2
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska. Bistrica	Zelo pogosto	4	20
	Pogosto	4	20
	Občasno	5	25
	Redko	6	30
	Nikoli	1	5
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Zelo pogosto	2	10
	Pogosto	4	20
	Občasno	6	30
	Redko	8	40
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Taborski	Zelo pogosto	5	25
	Pogosto	7	35
	Občasno	5	25
	Redko	3	15
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Zelo pogosto	6	28,6
	Pogosto	9	42,9
	Občasno	4	19
	Redko	1	4,8
	Nikoli	1	4,8
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Ponujena tekočina ob obroku.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Zelo pogosto	1	4,3
	Pogosto	14	60,9
	Občasno	5	21,7
	Redko	2	8,7
	Nikoli	1	4,3
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Zelo pogosto	3	15
	Pogosto	12	60
	Redko	3	15
	Nikoli	2	10
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pob	Zelo pogosto	1	2,6
	Pogosto	4	10,5
	Občasno	8	21,1
	Redko	5	13,2
	Nikoli	20	52,6
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Pogosto	13	65
	Občasno	2	10
	Redko	4	20
	Nikoli	1	5
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Zelo pogosto	2	8,3
	Pogosto	5	20,8
	Občasno	3	12,5
	Redko	4	16,7
	Nikoli	10	41,7
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča – Slovenska Bistrica	Zelo pogosto	8	40
	Pogosto	10	50
	Redko	1	5
	Nikoli	1	5
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	2	10
	Občasno	2	10
	Redko	15	75
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	2	10
	Pogosto	6	30
	Občasno	2	10
	Redko	3	15
	Nikoli	7	35
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Zelo pogosto	1	4,8
	Pogosto	11	52,4
	Občasno	4	19
	Redko	2	9,5
	Nikoli	3	14,3
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Ponujeno sadje med obroki.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Zelo pogosto	1	4,3
	Pogosto	12	52,2
	Občasno	6	26,1
	Redko	3	13
	Nikoli	1	4,3
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Pogosto	11	55
	Občasno	7	35
	Redko	1	5
	Nikoli	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Zelo pogosto	17	44,7
	Pogosto	14	36,8
	Občasno	5	13,2
	Redko	2	5,3
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Pogosto	17	85
	Občasno	3	15
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Zelo pogosto	1	4,2
	Pogosto	10	41,7
	Občasno	5	20,8
	Redko	8	33,3
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Zelo pogosto	4	20
	Pogosto	6	30
	Občasno	5	25
	Redko	5	25
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	9	45
	Občasno	3	15
	Redko	7	35
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	2	10
	Pogosto	8	40
	Občasno	8	40
	Redko	1	5
	Nikoli	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Pogosto	7	33,3
	Občasno	7	33,3
	Redko	7	33,3
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Pomoč na razpolago v primeru potrebe.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	7	30,4
	Se strinjam	12	52,2
	Se ne strinjam	4	17,4
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	4	20
	Se strinjam	12	60
	Se ne strinjam	4	20
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	7	18,4
	Se strinjam	22	57,9
	Se ne strinjam	8	21,1
	Sploh se ne strinjam	1	2,6
Skupaj	38	100	
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	2	10
	Se strinjam	13	65
	Se ne strinjam	5	25
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	10	41,7
	Se strinjam	8	33,3
	Nevtralen / ne vem	2	8,3
	Se ne strinjam	4	16,7
Skupaj	24	100	
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	10	50
	Se strinjam	8	40
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	1	5
Skupaj	20	100	
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	16	80
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	2	10
Skupaj	20	100	
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	6	30
	Se strinjam	8	40
	Se ne strinjam	6	30
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	5	23,8
	Se strinjam	15	71,4
	Nevtralen / ne vem	1	4,8
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Občutek zapostavljenosti v starosti.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Se strinjam	3	13
	Nevtralen / ne vem	1	4,3
	Se ne strinjam	17	73,9
	Sploh se ne strinjam	2	8,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Se strinjam	3	15
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	15	75
	Sploh se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	2	5,3
	Se strinjam	6	15,8
	Nevtralen / ne vem	2	5,3
	Se ne strinjam	14	36,8
	Sploh se ne strinjam	14	36,8
Skupaj	38	100	
Dom pod Gorco	Se strinjam	1	5
	Se ne strinjam	15	75
	Sploh se ne strinjam	4	20
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Se strinjam	4	16,7
	Se ne strinjam	18	75
	Sploh se ne strinjam	2	8,3
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Se strinjam	2	10
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	10	50
	Sploh se ne strinjam	7	35
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Se strinjam	3	15
	Se ne strinjam	16	80
	Sploh se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	2	10
	Nevtralen / ne vem	3	15
	Se ne strinjam	12	60
	Sploh se ne strinjam	2	10
Skupaj	20	100	
Dom Tezno	Se strinjam	3	14,3
	Nevtralen / ne vem	1	4,8
	Se ne strinjam	16	76,2
	Sploh se ne strinjam	1	4,8
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Neprijetni občutki ob prošnji za pomoč.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	3	13
	Se strinjam	8	34,8
	Nevtralen / ne vem	1	4,3
	Se ne strinjam	11	47,8
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	9	45
	Se ne strinjam	9	45
	Sploh se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	4	10,5
	Se strinjam	11	28,9
	Se ne strinjam	13	34,2
	Sploh se ne strinjam	10	26,3
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Se strinjam	8	40
	Se ne strinjam	8	40
	Sploh se ne strinjam	4	20
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	1	4,2
	Se strinjam	5	20,8
	Se ne strinjam	17	70,8
	Sploh se ne strinjam	1	4,2
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	6	30
	Se ne strinjam	11	55
	Sploh se ne strinjam	2	10
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Se strinjam	6	30
	Se ne strinjam	13	65
	Sploh se ne strinjam	1	5
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	6	30
	Se ne strinjam	11	55
	Sploh se ne strinjam	2	10
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	2	9,5
	Se strinjam	5	23,8
	Nevtralen / ne vem	1	4,8
	Se ne strinjam	12	57,1
	Sploh se ne strinjam	1	4,8
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Opora družine.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	12	52,2
	Se strinjam	6	26,1
	Se ne strinjam	5	21,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	7	35
	Se strinjam	2	10
	Se ne strinjam	10	50
	Sploh se ne strinjam	1	5
Skupaj	20	100	
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	14	36,8
	Se strinjam	13	34,2
	Nevtralen / ne vem	2	5,3
	Se ne strinjam	9	23,7
Skupaj	38	100	
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	13	65
	Se strinjam	3	15
	Se ne strinjam	4	20
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	12	50
	Se strinjam	5	20,8
	Se ne strinjam	7	29,2
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča – Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	9	45
	Se strinjam	7	35
	Se ne strinjam	3	15
	Sploh se ne strinjam	1	5
Skupaj	20	100	
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	6	30
	Se strinjam	12	60
	Se ne strinjam	2	10
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	7	35
	Se strinjam	9	45
	Se ne strinjam	4	20
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	12	57,1
	Se strinjam	6	28,6
	Nevtralen / ne vem	1	4,8
	Se ne strinjam	2	9,5
Skupaj	21	100	

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Bolečine pri gibanju.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Zelo pogosto	6	26,1
	Pogosto	9	39,1
	Občasno	2	8,7
	Redko	6	26,1
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Zelo pogosto	2	10
	Pogosto	6	30
	Občasno	5	25
	Redko	6	30
	Nikoli	1	5
Skupaj	20	100	
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Zelo pogosto	2	5,3
	Pogosto	14	36,8
	Občasno	9	23,7
	Redko	9	23,7
	Nikoli	4	10,5
Skupaj	38	100	
Dom pod Gorco	Zelo pogosto	5	25
	Pogosto	8	40
	Občasno	5	25
	Nikoli	2	10
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Zelo pogosto	3	12,5
	Občasno	5	20,8
	Redko	6	25
	Nikoli	10	41,7
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Zelo pogosto	9	45
	Pogosto	3	15
	Redko	2	10
	Nikoli	6	30
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Zelo pogosto	5	25
	Pogosto	5	25
	Občasno	6	30
	Redko	4	20
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	3	15
	Pogosto	4	20
	Redko	9	45
	Nikoli	4	20
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Zelo pogosto	4	19
	Pogosto	8	38,1
	Občasno	1	4,8
	Redko	6	28,6
	Nikoli	2	9,5
Skupaj	21	100	

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Tehtanje.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Zelo pogosto	1	4,3
	Pogosto	11	47,8
	Občasno	2	8,7
	Redko	6	26,1
	Nikoli	3	13
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Občasno	2	10
	Redko	4	20
	Nikoli	14	70
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Občasno	3	7,9
	Redko	11	28,9
	Nikoli	24	63,2
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	7	35
	Občasno	4	20
	Redko	5	25
	Nikoli	3	15
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Pogosto	1	4,2
	Občasno	1	4,2
	Redko	4	16,7
	Nikoli	18	75
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Redko	1	5
	Nikoli	19	95
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Pogosto	1	5
	Občasno	4	20
	Redko	4	20
	Nikoli	11	55
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Pogosto	3	15
	Redko	2	10
	Nikoli	15	75
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Pogosto	12	57,1
	Občasno	1	4,8
	Redko	3	14,3
	Nikoli	5	23,8
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Pozitivna ocena zadovoljstva s kakovostjo življenja.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	1	4,3
	Se strinjam	16	69,6
	Se ne strinjam	5	21,7
	Sploh se ne strinjam	1	4,3
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	1	5
	Se strinjam	13	65
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	4	20
	Sploh se ne strinjam	1	5
Skupaj	20	100	
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	1	2,6
	Se strinjam	17	44,7
	Nevtralen / ne vem	6	15,8
	Se ne strinjam	14	36,8
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	3	15
	Se strinjam	12	60
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	2	10
	Sploh se ne strinjam	2	10
Skupaj	20	100	
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	1	4,2
	Se strinjam	16	66,7
	Se ne strinjam	7	29,2
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	4	20
	Se strinjam	10	50
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	3	15
	Sploh se ne strinjam	2	10
Skupaj	20	100	
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	2	10
	Se strinjam	10	50
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	7	35
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Se strinjam	13	65
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	6	30
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	1	4,8
	Se strinjam	10	47,6
	Nevtralen / ne vem	5	23,8
	Se ne strinjam	4	19
	Sploh se ne strinjam	1	4,8
Skupaj	21	100	

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Pozornost posvečena željam in potrebam starostnika.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	5	21,7
	Se strinjam	12	52,2
	Nevtralen / ne vem	1	4,3
	Se ne strinjam	5	21,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	3	15
	Se strinjam	6	30
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	10	50
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	7	18,4
	Se strinjam	18	47,4
	Nevtralen / ne vem	1	2,6
	Se ne strinjam	12	31,6
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	8	40
	Se strinjam	9	45
	Nevtralen / ne vem	1	5
	Se ne strinjam	2	10
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	6	25
	Se strinjam	9	37,5
	Se ne strinjam	9	37,5
	Skupaj	24	100
	Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	7
Se strinjam		9	45
Nevtralen / ne vem		2	10
Se ne strinjam		2	10
Skupaj		20	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	5	25
	Se strinjam	13	65
	Se ne strinjam	2	10
	Skupaj	20	100
	Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	6
Se strinjam		9	45
Nevtralen / ne vem		2	10
Se ne strinjam		3	15
Skupaj		20	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	5	23,8
	Se strinjam	11	52,4
	Nevtralen / ne vem	2	9,5
	Se ne strinjam	3	14,3
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Izogibanje pitju tekočin.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Občasno	1	4,3
	Nikoli	22	95,7
	Skupaj	23	100
Dom sv. Lenarta	Pogosto	1	5
	Občasno	2	10
	Redko	1	5
	Nikoli	16	80
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Zelo pogosto	1	2,6
	Nikoli	37	97,4
	Skupaj	38	100
Dom pod Gorco	Nikoli	20	100
	Skupaj	20	100
Dom dr. Jožeta Potrča – Poljčane	Nikoli	24	100
	Skupaj	24	100
Dom dr. Jožeta Potrča Slovenska Bistrica	Pogosto	1	5
	Občasno	1	5
	Nikoli	18	90
	Skupaj	20	100
Sončni dom	Redko	2	10
	Nikoli	18	90
	Skupaj	20	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	1	5
	Pogosto	4	20
	Občasno	1	5
	Nikoli	14	70
	Skupaj	20	100
Dom Tezno	Zelo pogosto	1	4,8
	Pogosto	1	4,8
	Nikoli	19	90,5
	Skupaj	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Pomoč pri hranjenju in pitju.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Se strinjam	13	100
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Se strinjam	10	91
	Se ne strinjam	1	9
	Skupaj	11	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	7	25
	Se strinjam	17	60,7
	Nevtralen / ne vem	1	1,7
	Se ne strinjam	3	10,6
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Se strinjam	8	72,8
	Nevtralen / ne vem	2	18,1
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča – Poljčane	Popolnoma se strinjam	2	13,3
	Se strinjam	13	86,7
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	2	18,2
	Se strinjam	7	63,7
	Nevtralen / ne vem	1	4,5
	Se ne strinjam	1	4,5
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	1	11,1
	Se strinjam	8	88,9
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	1	9,1
	Se strinjam	8	72,7
	Se ne strinjam	2	18,2
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Se strinjam	14	93,3
	Nevtralen / ne vem	1	6,7
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Namestitev starostnika v udoben položaj ob izvajanju aktivnosti hranjenja in pitja

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Se strinjam	13	100
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Se strinjam	10	91
	Se ne strinjam	1	9
	Skupaj	11	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	6	21,5
	Se strinjam	19	67,8
	Nevtralen / ne vem	1	3,6
	Se ne strinjam	2	7,1
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	1	9,1
	Se strinjam	8	72,7
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	Popolnoma se strinjam	1	6,7
	Se strinjam	14	93,3
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	2	18,2
	Se strinjam	8	72,7
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	2	22,2
	Se strinjam	7	77,8
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	2	18,2
	Se strinjam	7	63,6
	Se ne strinjam	2	18,2
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Se strinjam	14	93,3
	Se ne strinjam	1	6,7
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Zaužita ponujena hrana in tekočina.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Zelo pogosto	1	7,7
	Pogosto	7	53,8
	Redko	3	23,1
	Nikoli	2	15,4
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Zelo pogosto	1	9,1
	Pogosto	2	18,2
	Občasno	4	36,3
	Redko	3	27,3
	Nikoli	1	9,1
Skupaj	11	100	
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Zelo pogosto	3	10,7
	Pogosto	7	25
	Občasno	1	3,6
	Redko	14	50
	Nikoli	3	10,7
Skupaj	28	100	
Dom pod Gorco	Zelo pogosto	1	9,1
	Pogosto	2	18,2
	Občasno	3	27,3
	Redko	5	45,4
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Zelo pogosto	3	20
	Pogosto	3	20
	Redko	8	53,3
	Nikoli	1	6,7
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Pogosto	3	27,3
	Občasno	1	9,1
	Redko	5	45,4
	Nikoli	2	18,2
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Zelo pogosto	4	44,4
	Pogosto	3	33,4
	Občasno	1	11,1
	Redko	1	11,1
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	3	27,3
	Pogosto	3	27,3
	Občasno	1	9,1
	Redko	3	27,3
	Nikoli	1	9,1
Skupaj	11	100	
Dom Tezno	Zelo pogosto	1	6,7
	Pogosto	1	6,7
	Občasno	1	6,7
	Redko	10	66,7
	Nikoli	2	13,2
Skupaj	15	100	

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Spremljanje vnosa in izločanja tekočin.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Se strinjam	4	30,6
	Nevtralen / ne vem	1	7,7
	Se ne strinjam	6	23
	Sploh se ne strinjam	2	15,4
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Se strinjam	3	27,3
	Nevtralen / ne vem	2	18,2
	Se ne strinjam	5	45,4
	Sploh se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Se strinjam	5	17,9
	Nevtralen / ne vem	6	21,4
	Se ne strinjam	14	50
	Sploh se ne strinjam	3	10,7
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Se strinjam	2	18,2
	Nevtralen / ne vem	2	18,2
	Se ne strinjam	7	63,6
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Se strinjam	3	20
	Nevtralen / ne vem	1	6,7
	Se ne strinjam	9	60
	Sploh se ne strinjam	2	13,3
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Se strinjam	2	18,2
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Se ne strinjam	6	54,5
	Sploh se ne strinjam	2	18,2
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Se strinjam	2	22,2
	Nevtralen / ne vem	1	11,1
	Se ne strinjam	4	36,5
	Sploh se ne strinjam	2	22,2
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc . Tabor	Popolnoma se strinjam	2	18,2
	Se strinjam	1	9,1
	Nevtralen / ne vem	3	27,3
	Se ne strinjam	5	45,4
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Se strinjam	6	40
	Nevtralen / ne vem	2	13,3
	Se ne strinjam	7	46,6
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Dostopnost do tekočine.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	10	77
	Se strinjam	3	23
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	8	72,7
	Se strinjam	2	18,2
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	14	50
	Se strinjam	12	42,8
	Se ne strinjam	2	7,2
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	4	36,4
	Se strinjam	7	63,6
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	10	66,7
	Se strinjam	5	33,3
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	9	81,8
	Se strinjam	1	9,1
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	3	33,3
	Se strinjam	6	66,7
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	7	63,6
	Se strinjam	4	36,4
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	8	53,3
	Se strinjam	6	24
	Nevtralen / ne vem	1	6,7
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Temperatura ponujene tekočine.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	1	7,7
	Se strinjam	11	84,6
	Nevtralen / ne vem	1	7,7
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	1	9,1
	Se strinjam	8	72,7
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Se ne strinjam	1	9,1
Skupaj	11	100	
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Se strinjam	14	50
	Nevtralen / ne vem	11	39,3
	Se ne strinjam	3	10,7
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	1	9,1
	Se strinjam	9	81,8
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	3	20
	Se strinjam	11	73,3
	Nevtralen / ne vem	1	6,7
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	2	18,2
	Se strinjam	9	81,8
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	1	11,1
	Se strinjam	8	88,9
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	3	27,3
	Se strinjam	7	63,6
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	2	13,3
	Se strinjam	10	66,7
	Nevtralen / ne vem	1	6,7
	Se ne strinjam	2	13,3
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Spodbujanje k pitju tekočin.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Pogosto	6	46,2
	Redko	4	30,7
	Nikoli	3	23,1
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Pogosto	3	27,3
	Občasno	3	27,3
	Redko	4	36,3
	Nikoli	1	9,1
Skupaj	11	100	
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Pogosto	7	25
	Občasno	6	21,4
	Redko	15	53,6
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Zelo pogosto	1	9,1
	Pogosto	2	18,2
	Občasno	4	36,3
	Redko	2	18,2
	Nikoli	2	18,2
Skupaj	11	100	
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Pogosto	6	40
	Občasno	3	20
	Redko	4	26,7
	Nikoli	2	13,3
Skupaj	15	100	
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Pogosto	3	27,3
	Občasno	1	9,1
	Redko	5	45,5
	Nikoli	2	18,2
Skupaj	11	100	
Sončni dom	Pogosto	4	44,5
	Občasno	2	22,2
	Redko	2	22,2
	Nikoli	1	11,1
Skupaj	9	100	
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	1	9,1
	Pogosto	3	27,3
	Občasno	2	18,2
	Redko	3	27,3
	Nikoli	2	18,2
Skupaj	11	100	
Dom Tezno	Zelo pogosto	1	6,7
	Pogosto	7	46,6
	Občasno	1	6,7
	Redko	3	20
	Nikoli	3	20
Skupaj	15	100	

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Pogosto zatikanje hrane in tekočine.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Zelo pogosto	1	7,7
	Pogosto	1	7,7
	Občasno	3	23,1
	Redko	2	15,4
	Nikoli	6	46,1
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Pogosto	2	18,2
	Občasno	2	18,2
	Redko	1	9,1
	Nikoli	6	54,5
	Skupaj	11	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Pogosto	3	10,7
	Občasno	4	14,2
	Redko	2	7,2
	Nikoli	19	67,9
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Pogosto	2	18,2
	Občasno	2	18,2
	Redko	1	9,1
	Nikoli	6	54,5
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Nikoli	15	100
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Pogosto	1	9,1
	Občasno	1	9,1
	Redko	2	18,2
	Nikoli	7	63,6
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Občasno	4	44,5
	Nikoli	5	55,5
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Zelo pogosto	1	9,1
	Občasno	3	27,3
	Nikoli	7	63,6
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Zelo pogosto	1	6,7
	Pogosto	4	26,6
	Redko	1	6,7
	Nikoli	9	60
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Skrb za intimno nego.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	2	15,4
	Se strinjam	11	84,6
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	2	18,2
	Se strinjam	7	63,6
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	4	14,2
	Se strinjam	20	71,4
	Nevtralen / ne vem	2	7,1
	Se ne strinjam	2	7,1
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Se strinjam	9	81,8
	Se ne strinjam	2	18,2
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	1	6,7
	Se strinjam	11	73,3
	Nevtralen / ne vem	1	6,7
	Se ne strinjam	2	13,3
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	1	9,1
	Se strinjam	4	36,4
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Se ne strinjam	5	45,4
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	2	18,2
	Se strinjam	5	55,6
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	3	27,3
	Se strinjam	7	63,6
	Se ne strinjam	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	2	13,3
	Se strinjam	12	80
	Nevtralen / ne vem	1	6,7
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Tabela: Ponujena tekočina ob zaužitju zdravil.

»DSO«	Odgovori	Število anketiranih	Odstotek
Dom Idila	Popolnoma se strinjam	7	53,8
	Se strinjam	6	46,2
	Skupaj	13	100
Dom sv. Lenarta	Popolnoma se strinjam	5	45,5
	Se strinjam	6	54,5
	Skupaj	11	100
Dom Danice Vogrinc - Pobrežje	Popolnoma se strinjam	16	57,1
	Se strinjam	11	39,3
	Se ne strinjam	1	3,6
	Skupaj	28	100
Dom pod Gorco	Popolnoma se strinjam	6	54,5
	Se strinjam	4	36,4
	Nevtralen / ne vem	1	9,1
	Skupaj	11	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Poljčane	Popolnoma se strinjam	14	93,3
	Se strinjam	1	6,7
	Skupaj	15	100
Dom dr. Jožeta Potrča - Slovenska Bistrica	Popolnoma se strinjam	8	72,7
	Se strinjam	3	27,3
	Skupaj	11	100
Sončni dom	Popolnoma se strinjam	6	66,7
	Se strinjam	3	33,3
	Skupaj	9	100
Dom Danice Vogrinc - Tabor	Popolnoma se strinjam	5	45,5
	Se strinjam	6	54,5
	Skupaj	11	100
Dom Tezno	Popolnoma se strinjam	12	80
	Se strinjam	3	20
	Skupaj	15	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Priloga C: Zaznamki o posameznih izjavah anketiranih

- 1. Jaz pijem dovolj, drugi pa ne.**
- 2. Preveč se pogovarjajo privat in preglasno.**
- 3. Samo not sedijo in se pogovarjajo.**
- 4. Nekatere sestre so vredu nekatere pa ne.**
- 5. Moram dolgo klicat sestro.**
- 6. Želela bi se večkrat kopat ne samo na 14 dni.**
- 7. Prehitro te splahnejo, ker nimajo časa.**
- 8. Hrana je slaba, pol smo pa lačni.**
- 9. Dobimo jabolka pa jih ne moremo jest, ker so pretrda.**
- 10. Sestram se mudi. Nimajo časa.**
- 11. Premalo jih je.**
- 12. Najboljše je, ko pridejo praktikanti.**
- 13. Velikokrat moram dolgo čakati na pomoč, posebej ponoči.**
- 14. Včasih pokakana čakam do jutra, ker sestre godrnjajo.**
- 15. Sem zadovoljna, ker mi nikoli ni dobro šlo.**
- 16. Vrček je pretežek.**
- 17. Težko pridemo do zdravnika.**
- 18. Koga pa sploh briga za stare.**
- 19. Sosedica cele noči kriči in nič ne spim.**
- 20. Kaj kličeš ponoči?**
- 21. Ni dobro preveč pit, ker škodi srcu.**
- 22. Med nego se pogovarjajo med seboj, kot da me ni.**

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER EUROPAEA

— Evropski center, Maribor —

IZJAVA O AVTORSTVU DOKTORSKE DISERTACIJE

Podpisani-a **Amadeus Lešnik**,

z vpisno številko **31133020**

Sem avtor-ica doktorske disertacije z naslovom:

***OCENA TEKOČINSKEGA RAVNOVESJA
STAROSTNIKOV V INSTITUCIONALNEM VARSTVU IN DOMAČEM OKOLJU***

Izjavljam, da:

- je doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega študijskega in raziskovalnega dela;
- so vsi povzetki mnenj drugih avtorjev, ki jih navajam v predloženem delu, ustrezno citirana v skladu z navodili Alma Mater;
- je seznam vseh citiranih avtorjev in virov naveden v poglavju literatura in viri, ki je sestavni del predloženega dela ter zapisan po navodilih Alma Mater;
- sem pridobil vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in je to tudi jasno označeno;
- se zavedam; da je plagiatstvo - predstavljanje tujih del v obliki citata ali v obliki skoraj dobesednega parafraziranja oziroma v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (zakon o avtorskih pravicah, uradni list RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 skl. US:U-I-191/09-7, Up-916/09-16), prekršek se podleže tudi ukrepom disciplinske odgovornosti na Alma Mater;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Alma Mater;
- je elektronska različica identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo dela v elektronskem arhivu Alma Mater;
- je doktorska disertacija lektorirana (tudi povzetek v tujem jeziku) in oblikovano v skladu s Pravilnikom o doktorski disertaciji ter Navodili za izdelavo in urejanje znanstvenih in strokovnih besedil na 3. bolonjski stopnji Alma Mater.

Kraj in datum: Maribor 20. 12. 2015

Podpis avtorja:

SOGLASJE KOMISIJE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO



KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Amadeus Lešnik, mag. zn.
Internistična nujna pomoč
Klinika za interno medicino
Univerzitetni klinični center Maribor
Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Štev.: 22/10/14
Datum: 29. 9. 2014

Spoštovani gospod mag. Lešnik,

z datumom 22. 9. 2014 ste Komisijo za medicinsko etiko (KME) seznanili z novim naslovom raziskave, ki jo je KME odobrila v aprilu (KME 80/04/14) z naslovom:

“Ocena hidriranosti starostnika v urgentni ambulanti in vrednotenje stanja hidracije starostnika s strani osebja zdravstvene nege v ustanovah institucionalnega varstva.” Prospektivna klinična raziskava, mentor doc. dr. Sebastjan Bevc, dr. med., somentorica doc. dr. Danica Železnik, prof. zdr. vzg.

KME bo novi naslov – *“Ocena tekočinskega ravnovesja starostnikov v institucionalnem varstvu in domačem okolju”* – vzela na znanje na seji 14. oktobra 2014 in vaš dopis arhivirala z vašo prvotno vlogo. Soglasje KME za izvedbo raziskave seveda velja od prve obravnave, to je od 8. aprila 2014.

Lep pozdrav,

dr. Božidar Voljč, dr. med.,
predsednik Komisije RS za medicinsko etiko

Naslov:

Komisija RS za medicinsko etiko, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana
Telefon: 01/522-1509, telefaks: 01/522-1533, naslov za elektronsko pošto: Tone.Zakelj@kclj.si
<http://www.kme-nmec.si/>

IZJAVA O LEKTORIRANJU



ALMA MATER EUROPAEA

— Evropski center, Maribor —

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a) SLAVICA RAMPIH,

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

magistrica znanosti,

potrjujem, da sem lektoriral(a) doktorsko disertacijo študenta(ke)

AMADEUSA LEŠNIKA

z naslovom

OCENA TEKOČINSKEGA RAVNOVESJA STAROSTNIKOV V INSTITUCIONALNEM VARSTVU IN
DOMAČEM OKOLJU.

Kraj: Maribor

Datum: 4.12.2015

Podpis: S. Rampih

POROČILO O REZULTATIH PREVERJANJA PLAGIATORSTVA



ALMA MATER EUROPAEA

— Evropski center, Maribor —

POROČILO O REZULTATIH PREVERJANJA PLAGIATORSTVA

Podpisana ANJA BARBER (odgovorna oseba iz referata)

sem z vsemi razpoložljivimi tehničnimi sredstvi pregledala vsebino doktorske disertacije za naslovom

OCENA TEKOČINSKEGA RAVNOVESJA STAROSTNIKOV V INSTITUCIONALNEM
VARSTVU IN DOPADEN OKOLJU

katerega avtor je študent AMADEUS LESNIK

Pregledana doktorska disertacija je avtorsko delo imenovanega. Uporabljene vsebine iz drugih avtorskih del so citirane in označene v skladu z pravili Alma Mater ter Navodili za izdelavo in urejanje znanstvenih in strokovnih besedil na 3. bolonjski stopnji.

Datum in kraj: 12.5.2016, MARIBOR

Podpis: SIL

POTRDILO O TEHNIČNEM PREGLEDU DOKTORSKE DISERTACIJE



ALMA MATER EUROPAEA
— Evropski center, Maribor —

D10

POTRDILO O TEHNIČNEM PREGLEDU DOKTORSKE DISERTACIJE

Avtor/-ica doktorske disertacije (ime in priimek) AMADEUS LEŠNIK, je dne 26.4.2016 na enoti Alma Mater (obkroži)

1. Maribor 2. Murska Sobota 3. Ljubljana 4. Ptuj

oddal/-a doktorsko disertacijo v tehnični pregled, ki ga je opravil/-a (ime in priimek referenta/-ke):

ANJA BARBER

Potrjujem, da sem pregledal/-a doktorsko disertacijo po naslednjih kriterijih

	KRITERIJ	Ustreza DA / NE	Opombe
1	Zunanja trda platnica	✓	
2	Notranja naslovna stran	✓	
3	Povzetek v slovenskem jeziku + ključne besede	✓	
4	Povzetek v angleškem jeziku + ključne besede	✓	
5	Robovi strani	✓	
6	Naslov in mentor	✓	
7	Kazalo vsebine, slik, tabel,...	✓	
8	Literatura in viri (po navodilih za urejanje besedil)	✓	
9	Pisava (slog, velikost, razmik)	✓	
10	Navajanje literature v tekstu (citiranje)	✓	
11	Izjava lektorja	X	
12	Plagiat- sem preveril-a z programom	✓	
13	Izjava o avtorstvu	X	
14	Druge ugotovitve	X	
15	Finančno stanje- odprte obveznosti	?	

in da je doktorska disertacija skladna z Pravilnikom o izvajanju doktorskega študija Alma Mater in v skladu z Navodili za izdelavo in urejanje znanstvenih besedil na 3. bolonjski stopnji Alma Mater.

Datum: 12.5.2016

Podpis referenta/-ke: ANJA BARBER

