

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S ARTRITIS URICA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**SÁRA RYKLOVÁ**

**Praha 2017**

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S ARTRITIS URICA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**SÁRA RYKLOVÁ**

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hlinovská Jana, PhD.

**Praha 2017**



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Ryklová Sára**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 28. 4. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kompletní ošetrovatelská péče o pacienta s artritida urica

*Die umfassende Pflege eines Patienten mit Gicht*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 03. 2017

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za její trpělivost, podporu, odborné vedení a cenné rady i připomínky. Dále bych chtěla poděkovat mému ochotnému pacientovi za spolupráci při psaní mé bakalářské práce a především své rodině, která mě podporovala během celého studia.

## ABSTRAKT

RYKLOVÁ, Sára. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Arthritis urica*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2017. 44 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s Arthritis urica. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je stručně popsána medicínská problematika onemocnění Arthritis urica. Dále je specifikována ošetrovatelská problematika onemocnění a role všeobecné sestry u pacienta včetně psychosociální problematiky. V praktické části je popisována kazuistika pacienta s onemocněním Arthritis urica a samotný ošetrovatelský proces ve všech 5 fázích, závěrečné zhodnocení a doporučení do praxe. Cílem práce je sestavení ošetrovatelského plánu u pacienta s Arthritis urica za využití koncepčního modelu Marjory Gordon. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů jsou sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II 2015–2017. Dále jsou u vybraných ošetrovatelských diagnóz stanoveny ošetrovatelské cíle, plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a na závěr je zhodnocení stanovených cílů.

### Klíčová slova

Arthritis urica. Komplexní ošetrovatelská péče. Pacient. Všeobecná sestra.

## **ABSTRAKT**

RYKLOVÁ, Sára. *Die umfassende Pflege eines Patienten mit ARTRITIS URICA*. Krankenpflegeschule. Grand der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prag 2017. 44 S.

Das Thema der Arbeit ist die umfassende Pflege eines Patienten mit Arthritis Urica. Die Arbeit hat zwei Teile, einen theoretischen und einen praktischen. Der theoretische Teil beschreibt kurz die medizinischen Aspekte der Krankheit Arthritis Urica. Es werden auch Pflegeprobleme bei dieser Krankheit und die Rolle der Krankenschwester für Patienten einschließlich der psychosozialen Problematik spezifiziert. Im praktischen Teil werden eine Kasuistik eines Patienten mit der Krankheit Arthritis Urica und der Pflegeprozess in fünf Stufen beschrieben. Weiter sind abschließende Beurteilungen und Empfehlungen für die Praxis angeführt. Das Ziel ist, einen Pflegeplan für den Patienten mit Arthritis Urica mit Hilfe des konzeptionellen Modells von Marjory Gordon zu erstellen. Auf Grund der festgestellten Pflegeprobleme werden die Pflegediagnosen nach NANDA I Taxonomy II 2015-2017 aufgestellt. Bei ausgewählten Pflegediagnosen werden Pflegeziele gesetzt, ein Plan der Pflegeintervention verfasst und die Durchführung von Pflegeinterventionen und die Bewertung der gesetzten Ziele beschrieben.

### Schlüsselwörter

Arthritis Urica. Die umfassende Pflege. Patient. Krankenschwester.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 ARTHRITIS URICA.....	15
1.1 KLINICKÝ OBRAZ ARTRITIS URICA.....	17
1.2 KOMBINACE S JINÝMI CHOROBAMI.....	18
2 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	21
3 LÉČBA ARTRITIS URICA.....	23
3.1 LÉČBA AKUTNÍHO ZÁCHVATU .....	23
3.2 LÉČBA INKRITICKÉHO OBDOBÍ A CHRONICKÉ DNY .....	24
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S ARTRITIS URICA.....	25
4.1 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO .....	26
4.2 ROLE SESTRY U NEMOCNÉHO S REVMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM .....	28
4.3 METODA KRÁTKÝCH INTERVENCÍ.....	31
5 KAZUISTIKA.....	33
5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA .....	34
5.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ze dne 11. 07. 2016.....	36
6 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 11. 07. 2016.....	37
7 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MARJORY GORDON DNE 11. 07. 2016 .....	40
8 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 11. 07. 2016 .....	43
9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	44



<b>9.1 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>47</b>
<b>10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>54</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ALT</b>	alaninaminotransferáza (enzym zvýšený u hepatopatie)
<b>AST</b>	aspartátaminotransferáza (enzym zvýšený u hepatopatie)
<b>BMI</b>	body mass index, index tělesné hmotnosti
<b>CRP</b>	C-reaktivní protein, zvýšený u zánětů
<b>HDL</b>	high density lipoprotein, lipoprotein s vysokou hustotou
<b>MTP</b>	metatarzofalangeální klouby
<b>MZ ČR</b>	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
<b>NSA</b>	nesteroidní antirevmatika
<b>NYHA</b>	New York Heart Association, klasifikace dušnosti
<b>PCASEE</b>	hodnotící škála kvality života u chronicky nemocných a starých pacientů nad 65 let
<b>Tbl.</b>	tabulatae (tableta)
<b>TG</b>	triglycerid
<b>VAS</b>	Visual Analogue Scale, vizuální analogová škála
<b>WBQ</b>	Well-Being Questionnaire, dotazník pohody
<b>WHO</b>	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

(ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006), (OLEJÁROVÁ, KORANDOVÁ, 2011)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Formy dnavé artritidy.....	15
Tabulka 2 Trvání akutního dnavého záchvatu podle Americké koleje revmatologů (ACR)...	17
Tabulka 3 Rozdíly mezi dnou typickou a dnou se začátkem ve stáří .....	18
Tabulka 4 Diagnostika metabolického syndromu.....	19
Tabulka 5 Klasifikační kritéria dnavé artritidy dle Wallace a spol. (1977) .....	21
Tabulka 6 Diferenciální diagnostika kloubního punktátu .....	22
Tabulka 7 Terapie akutního dnavého záchvatu.....	24
Tabulka 8 Identifikační údaje o pacientovi .....	34
Tabulka 9 Přehled léků.....	35
Tabulka 10 Vyšetření krve z 11. 07. 2016 .....	36
Tabulka 11 Farmakologická léčba .....	36

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ANTIARYTMIKA</b>	léky proti poruchám srdečního rytmu
<b>ANTIHYPERTENZIVA</b>	léky proti vysokému krevnímu tlaku hypertenzi. Několik skupin léků s rozdílným způsobem účinku. Patří k nim léky zvyšující vylučování moči diuretika, léky působící na srdce a cévy betablokátory, antagonisté vápníku, IACE, antagonisté angiotenzinu, vazodilatancia, léky ovlivňující sympatikus
<b>DYSLIPIDÉMIE</b>	porucha normálního složení krevních tuků
<b>EXACERBACE</b>	nové vzplanutí chronické choroby, která není dostatečně zhojena nebo jejíž příčina trvá
<b>GASTROPATIE</b>	obecný název pro onemocnění žaludku, zejm. pro takové, které nelze jednoznačně zařadit do jiné skupiny
<b>HYPERURIKÉMIE</b>	zvýšená koncentrace kyseliny močové
<b>HYPOLIPIDEMIKA</b>	lék snižující koncentraci lipidů v krvi
<b>HYPOMAGNESEMIE</b>	patologický stav vyznačující se sníženou hladinou hořčíku v organismu a důsledku různých etiologických faktorů
<b>INKRITICKÝ</b>	mezi záchvatové období
<b>INTERFALANGEÁLNÍ</b>	kloub prstů mezi jednotlivými prstovými články
<b>INTRAARTIKULÁRNÍ</b>	uvnitř kloubu
<b>MANIFESTACE</b>	projevení dosud skrytého onemocnění
<b>MIKROALBUMINURIE</b>	je vylučování malého (ale již zvýšeného, nefyziologického) množství albuminu močí
<b>NEFROSTOMIE</b>	umělé vyústění ledviny a odvádění moči pomocí cévky zavedené skrz kůži přímo do ledvinné pánvičky např. za kontroly ultrazvukem. Většinou jako přechodné opatření

při zablokování normálního odtoku moči vývodnými močovými cestami

### **PEGYLOVANÁ URIKÁZA**

urikáza je enzym, který se podílí na přeměně kyseliny močové na dobře rozpustný allantoin. Využívá se k léčbě refrakterních forem symptomatické hyperurikemie. Proces pegylace zajistil tomuto přípravku nižší imunogenicitu a delší biologický poločas.

### **OSTEOLYTICKÉ**

rozpouštějící kost

### **OSTEOFYTY**

kostní výrůstek vycházející z periostu, obv. reaktivního charakteru, je patrný na rtg. Vzniká např. kolem kloubů postižených artrózou, včetně kloubů páteře.

### **POLYMORBIDITA**

přítomnost více chorob současně

### **PROFYLAXE**

soubor činností a praktických opatření, které znamenají ochranu před určitou nemocí

### **URETEROLITIÁZA**

konkrementy (kameny) v močovodu

### **URIKÉMIE**

hladina kyseliny močové

### **URIKOSTATIKA**

jsou léky, které vedou ke snížení hladiny urátů kompetitivní inhibicí syntézy kyseliny močové inhibicí xanthinoxidázy (enzym v metabolismu xantinu a hypoxantinu na kyselinu močovou)

### **URIKOSURIKA**

organické anionty podobné kyselině močové, jsou schopny bojovat s kyselinou močovou o jejich transport v proximálním tubulu (jak o sekreci, tak o reabsorpci)

(OLEJÁROVÁ, KORANDOVÁ, 2011), (VOKURKA, 2007)

## ÚVOD

Artritis urica je nejznámější a nejčastější krystalovou artropatií. Jedná se o poruchu metabolismu purinů, jejímž důsledkem je zvýšení hladiny kyseliny močové v séru, depozice krystalů natrium urátu v synoviální tkáni a jejich uvolnění do kloubní dutiny, které vyvolává zánětlivou reakci v postiženém kloubu. Artritis urica se může manifestovat akutní artritidou, nebo chronickou tofózní dnou (OLEJÁROVÁ, 2008).

Akutní dnavý záchvat je zánět kloubu, většinou bývá postižen kloub palce na noze. Při akutním záchvatu dochází k siným bolestem, začervenání a opuchnutí kloubu. Bez léčby zvýšené hladiny kyseliny močové se mohou krystaly kyseliny ukládat v jiných orgánech, zpravidla v ledvinách, a to vede k chronické dně. Chronická dna je doprovázena přetrvávajícími bolestmi kloubů.

Nemoc králů je dalším pojmenováním dny, tento pseudonym získalo onemocnění již v minulosti, kdy byli postiženi především lidé z vyšších vrstev, kteří měli dostatek masa, pili hodně alkoholu a konzumovali další rizikové potraviny klíčové pro vznik této nemoci.

### **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Popsat medicínskou problematiku pacienta s Artritis urica.

**Cíl 2:** Specifikovat teoretickou stránku a vymezit základní pojmy.

**Cíl 3:** Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Artritis urica a roli všeobecné sestry.

### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s Artritis urica.

**Cíl 2:** Shrnutí všech poznatků a doporučení pro praxi.

**Cíl 3:** Vytvoření edukačního letáku pro pacienty s Artritis urica, a pro klinickou praxi.

### **Vstupní studijní literatura:**

OLEJÁROVÁ, M. 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-115-4.

PAVELKA, K., 2012. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-295-7.

PAVELKA, K. et al., 2010. *Revmatologie. Druhé přepracované vydání*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-688-5.

OLEJÁROVÁ, M., KONRÁDOVÁ, J., 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2455-6.

NANDA INTERNACIONAL Inc, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

**Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborné literatury, která byla využita pro bakalářskou práci s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Artritis urica, probíhalo v období listopad 2016 až březen 2017. Pomocí klíčových slov byla zpracována rešerše provedená v elektronických informačních zdrojích z portálu Medvik Národní lékařské knihovny z databáze Bibliographia medica Českoslovacca a specializované databáze Google Scholar. Pro tvorbu bakalářské práce bylo z rešerše využito 7 knih, 4 elektronické zdroje.

# 1 ARTHRITIS URICA

*Arthritis urica (dna) je závažné metabolické onemocnění, pro které je charakteristická tvorba a ukládání krystalů natrium urátu v různých tkáních. Je to progresivní zánětlivé onemocnění pohybového aparátu spojené s přítomností urátových krystalů (SOUČEK, 2016, s. 24).*

Pavelka (2010) řadí Arthritis urica mezi artropatie, které jsou charakterizovány:

- zvýšením množstvím kyseliny močové, které se projevuje hyperurikémií,
- akutní artritidou epizodického charakteru, která v menšině případů přechází do chronicity,
- postižením ledvin (urolitiáza, dnavá nefropatie, akutní tubulární nekróza) nebo jiným tzv. asociovaným onemocněním (hyperlipoproteinémie, hypertenze, diabetes mellitus, obezita).

## HYPERURIKÉMIE

Němec (2016) označuje hyperurikémii jako nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor dny. Kyselina močová je konečným produktem degradace purinů. Puriny se do krevního oběhu dostanou potravou nebo při rozpadu a obnově buněk těla. Hyperurikémie může být primární, která je podmíněná dědičnou poruchou látkové výměny nebo sekundární, která vzniká následkem jiných onemocnění. Člověk vyloučí denně asi 1 gram kyseliny močové.

**Tabulka 1 Formy dnavé artritidy**

Forma dny	Příčina	Efekty	Četnost výskytu
Primární	Dědičnost a okolní faktory	Snížené odbourávání nebo zvýšený přísun purinů	94 % případů, velmi běžná
Primární	Defekt enzymu	Zvýšená hladina kyseliny močové	Velmi vzácná, 3 – 5 % případů
Sekundární	Onemocnění	Zvýšená hladina KM (např. leukémie nebo rakovina), snížené odbourávání (např. selhání ledvin)	Zřídka

Zdroj: Müller et al, 2006, s. 13



Pavelka (2010) uvádí, že za hyperurikémii považujeme koncentraci KM v krvi vyšší než 416 $\mu$ mol/l u mužů a 360  $\mu$ mol/l u žen při užití metody chemické, a při užití metody urikázové jsou hodnoty o 40 $\mu$ mol/l nižší. Kyselina močová je vylučována ze  $\frac{2}{3}$  močí a z  $\frac{1}{3}$  stolicí.

## **PATOGENEZE**

Kyselina močová krystalizuje v kloubech, měkkých tkáních a ledvinách. V kloubech se poškozuje kloubní chrupavka a kosti, což vede k opotřebenosti, deformitě a omezení hybnosti. Typickou lokalizací je kloub palce (podagra), často bývá také postižen kolenní a hlezenní kloub. Záněty kloubů se projeví záchvaty silné akutní bolesti, které obvykle přechází do chronického celoživotního onemocnění. V měkkých tkáních se krystalky nejčastěji usazují v ušním boltci a chrupavkách, nebo na okolních tkáních např. na prstech nohou a rukou nebo na lokti. Tkáně reagují na krystalky jako na cizí těleso a zapouzdří je. Zapouzdřené krystalky se označují dnavé uzly (tofy). Dnavé tofy vytvářejí kolem kloubů nepravidelné útvary, které mohou zvředovatět a provalit se navenek bělavou hmotou. Hojí se zdlouhavě a mohou se infikovat Z 20 – 40 % se krystalky usazují v ledvinách jako močové kameny (MÜLLER, WEISSENBERGER, 2006).

## **EPIDEMIOLOGIE**

Olejárová (2011) popisuje, že dnavá artritida postihuje asi 1 % populace, častěji jsou postiženi muži a to i v mladších věkových kategoriích. Prevalence se s věkem zvyšuje a dosahuje 7 % u mužů ve věku nad 65 let. S věkem stoupající výskyt dny může souviset s větším výskytem metabolických onemocnění a hypertenze.

Pavelka (2008) uvádí, že u 85 % žen se první projevy dny vyskytnou až po menopauze. Dle studií jsou ženy s dnovou artritidou v průměru o 7 až 10 let starší než muži.

## 1.1 KLINICKÝ OBRAZ ARTRITIS URICA

Artritis urica dělíme na několik základních stádií, na dnu asymptomatickou, akutní dnavý záchvat, interkritické období a chronickou dnu.

### Období asymptomatické dny

Žurek (2006) ve svém článku popisuje, že asymptomatická dna se zprvu neprojevuje žádnými příznaky, jediným ukazatelem na dnu je zvýšená koncentrace kyseliny močové v krvi. Riziko rozvoje dny narůstá s vyšší urikémie. Toto období může trvat i několik let než dojde k akutnímu záchvatu. U někoho může trvat asymptomatické období i celý život. 10 až 40 % pacientů prodělá ještě před prvním záchvatem renální koliku ([www.prolekare.cz](http://www.prolekare.cz)).

### Akutní dnavý záchvat

K typickým příznakům dochází v případě, že koncentrace KM v krvi dosáhne kritické hladiny, popisují Žurek a Horák (2007). Začátek akutního dnavého záchvatu je náhlý, typický v ranních hodinách, pacient se budí krutou bolestí. Kloub je zanícený, palpačně teplý, kůže nad kloubem je začervenalá, napjatá a lesklá. Většinou je postižen kořenový kloub palce nohy, ale může být postižen i kolenní kloub nebo kloub lokte. Akutní dnavý záchvat trvá v řádu několika dní až týdnů.

**Tabulka 2 Trvání akutního dnavého záchvatu podle Americké koleje revmatologů (ACR)**

Trvání akutního dnavého záchvatu od vzniku symptomů	
Časný	< 12 hodin od vzniku
Etablovaný	12 – 36 hodin od vzniku
Pozdní	>36 hodin od vzniku

Zdroj: SOUČEK, 2016, s. 25

### Interkritické období

Interkritické neboli mezi záchvatové období je stadium mezi akutními dnavými záchvaty. Trvá několik týdnů, měsíců až let. V této době je pacient bez příznaků a vypadá to, že je úplně vyléčen, uvádí ve své knize Olejárová (2008).

## Chronická dna

Jen u dlouho neléčené dnavé artritidy může propuknout chronická dna. Jde o dlouhodobé ukládání krystalů kyseliny močové v kloubech, které ovlivňují funkci kloubů. Bolest se projevuje při pohybu, ale také v klidu. Ke chronicitě dny dochází jen zřídka. Krystaly kyseliny močové tzv. tofy mohou být lokalizovány v měkkých tkáních nebo v okolí šlach nohy, lokte a ruky. Tofy jsou až 1 cm velké a leží těsně pod kůží. Při jejich ruptuře vytéká bílá hmota a dojde k infekci. Pacienti, u kterých se projevila dna až po 60 roce života, často trpí postižením kloubů horních končetin a to zejména drobných kloubů rukou. U žen jsou to především distální a proximální interfalangeální klouby ([www.onmeda.de](http://www.onmeda.de)).

**Tabulka 3 Rozdíly mezi dnou typickou a dnou se začátkem ve stáří**

<b>RYS</b>	<b>TYPICKÁ DNA</b>	<b>DNA SE ZAČÁTKEM VE STÁŘÍ</b>
Věk začátku	Vrchol uprostřed 40 let	Přes 65 let
Distribuce podle pohlaví	Muži > Ženy	Muži – Ženy
Klinická prezentace	Akutní monoartritida dolní končetiny (pagoda 60 %)	Polyartikulární začátek častěji postižené prsty horní končetiny
Tofy	Poletech záchvatů Lokty > prsty	Může vzniknout časně i bez atak v minulosti častěji prsty
Asociované rysy	Obezita Hyperlipidemie Hypertenze Výrazný alkoholismus	Renální insuficience Užívání diuretik Alkoholismus méně častý

Zdroj: PAVELKA, 2008, ČES GER REV

## 1.2 KOMBINACE S JINÝMI CHOROBAMI

Kuželová a Stejskalová (2007) ve své publikaci uvádějí, že je dnavá artritida u většiny případů doprovázena diabetem 2. typu, poruchou metabolismu tuků (hyperlipidemií), hypertenzí, nadváhou až obezitou (břišní neboli centrální obezitou) a arteriosklerózou. Tento řetězec nemocí se souhrnně označuje jako metabolický syndrom, syndrom poruchy látkové výměny. Látková výměna jsou procesy, které vedou k aktivaci energie a zásobení tělesných buněk bílkoviny, tuky a uhlohydráty. Dnavá artritida je označována jako prototyp civilizačních chorob.

## METABOLICKÝ SYNDROM

Nussbauerová a Rosolová (2010) charakterizují metabolický syndrom jako soubor rizikových faktorů, které se často vyskytují společně a které vedou předčasně k rozvoji aterosklerózy a diabetu 2. typu. MS se vyvíjí v čase u jedinců s genetickou predispozicí při nevhodném životním stylu, např. při nadměrném energetickém příjmu a nedostatečné pohybové aktivitě. Genetický podklad MS je zjevný, pokud se mezi předky nemocného vyskytovali osoby s abdominální obezitou, DM 2. typu, arteriální hypertenzí a předčasnou manifestací kardiovaskulárních chorob. Pacient má predispozice k vzniku MS a měl by co nejdříve přijmout režimová opatření. Prevence rozvoje DM 2. typu a snížení kardiovaskulárních rizik spočívá u pacientů s MS především ve změně životních návyků, tzn. u kuřáků přestat kouřit, u obézních pacientů stravovat se racionálně a hlavně snížit příjem nadměrné energie a pravidelně se pohybovat. Aby byla režimová opatření účinná, musí pacient dojít k zásadní změně životního postoje.

V současné době je MS soubor, hypertenze, dyslipidemie, tj. vyšší hladina TG, nižší HDL-cholesterol v lačné plazmě, hyperurikemie, abdominální obezita, mikroalbuminurie, porušená tolerance glukózy, hypomagnesemie aj. Dalším výzkumem bylo zjištěno, že soubor rizikových faktorů zvaný MS představuje významný prozánětlivý, prokolagulační a proaterogenní stav, jehož riziko pro kardiovaskulární nemoci je vyšší než riziko vzniklé prostým součtem rizik jeho jednotlivých rizikových faktorů.

**Tabulka 4 Diagnostika metabolického syndromu**

<b>Zvětšený obvod pasu</b>	≥ 102 cm u mužů ≥ 88 cm u žen
<b>Zvýšené triglyceridy</b>	≥ 1,7 mmol/l nebo specifická léčba
<b>Snížený HDL cholesterol</b>	< 1,0 mmol/l u mužů <1,3 mmol/l u žen nebo specifická léčba
<b>Zvýšený krevní tlak</b>	STK ≥ 130 mmHg a nebo DTK ≥ 85 mmHg nebo antihypertenzní léčba
<b>Zvýšená lačná glykémie</b>	≥ 5,6 mmol/l nebo porušená glukózová tolerance nebo DM 2. typu

Poznámky: STK – systolický krevní tlak, DTK – diastolický krevní tlak, DM – diabetes mellitus

ZDROJ: [www.zdravi.euro.cz](http://www.zdravi.euro.cz)

## RIZIKA ONEMOCNĚNÍ

*Rizikové faktory jsou vlivy vnitřního nebo vnějších nebo kombinace obojího, které mohou působit nebo se podílet na vzniku některých onemocnění. V praxi existují rizikové faktory, které nemůžeme ovlivnit, jako je věk, pohlaví nebo rodinná anamnéza. A dále jsou faktory ovlivnitelné, jako je kouření, hladina cholesterolu nebo sedavý způsob života. Jsou však faktory další, ovlivňující vznik nebo průběh sledovaného onemocnění. Všechna rizika musí být předmětem naší pozornosti a stávají se součástí ucelené představy o jedinci a možnosti ovlivnění jeho zdraví (SEIFERT, 2013, s. 135).*

U pacientů, kteří nedodržují léčebný režim, který je u propuknutí onemocnění důležitý, mohou nastat závažné komplikace. Mezi nejčastější komplikace patří vznik ledvinových kamenů, díky jejich zaklínění v prostoru ledvin nebo močových cest dochází k prudké bolesti v oblasti bederní páteře či bolest v bocích. Také genetická predispozice hraje roli při vzniku dnave artritidy, ale taky věk, zvýšený příjem potravy bohaté na puriny, polymorbidita spojená s metabolickým syndromem, renální insuficience a užívání léků ovlivňujících eliminaci, či naopak způsobujících nadprodukcii kyseliny močové v organizmu (diuretika, některé cytostatika a další) ([www.spektrumzdravi.cz](http://www.spektrumzdravi.cz)).

## 2 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

K diagnostickému postupu patří anamnéza, objektivní nebo také somatické vyšetření, laboratorní vyšetřovací metody, především biochemické, zobrazovací metody (RTG) a vyšetření synoviálního výpotku.

**Tabulka 5 Klasifikační kritéria dnavé artritidy dle Wallace a spol. (1977)**

I.	Průkaz krystalů natrium urátu ve výpotku nebo v tofózním depu chemicky, v polarizačním či elektronovém mikroskopu.
II.	Nebo 6 z následujících kritérií
	1. Maximum zánětu první den
	2. Více než jedna ataka
	3. Monoartikulární artritida
	4. Zarudnutí kůže nad kloubem
	5. Bolest a zduření I. MTP kloubu
	6. Jednostranné postižení I. MTP
	7. Jednostranné postižení tarzálního kloubu
	8. Podezření na přítomnost tofu
	9. Hyperurikemie
	10. Asymetrický otok kloubů
	11. Subkortikální cysty na noze v RTG obraze
	12. Negativní výsledek kultivace ve výpotku

Zdroj: OLEJÁROVÁ, 2008, S. 113

### ANAMNÉZA

Nedílnou součástí diagnostiky je také odebrání anamnézy od pacienta nebo od rodiny pacienta. Důležitá je především osobní a rodinná anamnéza, kde se pacienta ptáme na výskyt dnavé artritidy v rodině.

### OBJEKTIVNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetřujeme především pohledem a pohmatem. Podle Olejářové (2008) je důležité zaznamenat stav výživy a svalstva. Všimáme si chůze pacienta, dále musíme věnovat pozornost kůži (změna barvy kůže, otok atd.). Při pohmatu sledujeme teplotu kůže v okolí kloubu, tvar nebo případné deformity kloubu, bolestivost a rozsah pohybu.

## LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Důležitým laboratorním nálezem je hyperurikémie. Za normální hodnoty kyseliny močové v séru pokládáme do 420 $\mu$ mol/l u mužů a 360 $\mu$ mol/l u žen. Při akutním záchvatu může být hodnota kyseliny močové v mezích normy, u chronické a hyperurikémie pravidlem. U většiny nemocných vyšetřujeme i množství kyseliny močové vyloučené v moči za 24 hodin. Dna je často doprovázena dalšími metabolickými poruchami, proto můžeme v séru zjistit hyperlipoproteinémii nebo hyperglykémii. Nejcennějším vyšetřením je však průkaz ostrých krystalů natrium urátů, které lze vidět už světelným mikroskopem (PAVELKA, 2010).

## ZOBRAZOVACÍ METODY

Dále Pavelka (2010) uvádí, že u dnave artritidy se provádí RTG vyšetření. Predilekční je postižení I. MTP kloubu. Při postupující nemoci mohou vznikat osteolytická ložiska. Současně vznikají sekundární degenerativní změny a tvorba osteofytů.

## VYŠETŘENÍ SYNOVIÁLNÍ TEKUTINY

Diagnóza je postavena na punkci kloubní tekutiny, popřípadě pokud je možnost punkcí dnaveho tofu, s průkazem krystalů natrium urátu polarizačním mikroskopem. Synoviální tekutina je za normálních okolností čirá až slabě žlutavá, obsahuje minimum buněčných elementů. Výpotek při dnave artritidě je zakalený až jemně mléčný, obsah leukocytů je vyšší než 2000/ml, počet neutrofilů v diferenciálním rozpočtu převyšuje 50 % (OLEJÁROVÁ, 2008).

**Tabulka 6 Diferenciální diagnostika kloubního punktátu**

NÁLEZ	NORMA	DNA
Barva	<i>Slámová</i>	<i>Žlutobílá</i>
Vzhled	<i>Čirý</i>	<i>Kalný</i>
Viskóza	<i>Vysoká</i>	<i>Nízká</i>
Bakterie	-	-
Leukocyty v $\mu$ l	< 200	5 000 – 12 000
% granulocytů	25	60 – 70
Krystaly	-	<i>Uráty</i>

Zdroj: PAVELKA, 2010, s. 22

### 3 LÉČBA ARTRITIS URICA

Léčbu dny můžeme rozdělit do 3 oblastí podle stádia onemocnění, a to na léčbu akutního dnaveho záchvatu, léčbu v inkritickém období a léčbu v chronickém stádiu dny. Pavelka (2012) ve své publikaci uvádí, že základními pilíři správné léčby dnave artritidy je přesná a rychlá diagnostika, klasifikace (primární či sekundární dna), určení stádia onemocnění.

#### 3.1 LÉČBA AKUTNÍHO ZÁCHVATU

Pavelka (2012) uvádí, že akutní dnavý záchvat je nepříjemný, bolestivý prožitek. Nefarmakologická opatření se stávají především z klidového režimu, a aplikace chladu na postižený kloub. Moderním způsobem léčby symptomů akutního dnaveho záchvatu je lokální kryoterapie. Nejdůležitější při akutním záchvatu je včasné zahájení protizánětlivé léčby. K medikamentózní léčbě se nejčastěji využívá kolchicin, NSA nebo glukokortikoidy.

Němec (2016) ve své publikaci popisuje, že během akutního dnaveho záchvatu by se neměla uměle ovlivňovat hladina kyseliny močové. To v praxi znamená, že pacientům, kteří se prozatím s dnovou artritidou neléčí, se nepodávají léky snižující urikémii, nýbrž se počká po období dnaveho záchvatu. U pacientů, kteří se již léčí, se dávka léků upravuje také po odeznění akutního stavu.

Kolchicin je nejčastěji užívaným farmakem v době akutní dnaveho záchvatu, uvádí Pavelka (2012). Dávkování je u tohoto léčiva velmi specifické. Tablety se vyrábějí 0,5 mg velikosti a klasicky je doporučeno 1 mg v 2hodinových intervalech do maximální denní dávky 6 mg. Doba aplikace je zpravidla 1–3 dny. NSA jsou další možností léčby akutního záchvatu. Léčba se zpravidla zahajuje vysokými dávkami. Ale jako každý lék, mají i NSA nežádoucí účinky a mezi nejčastější patří tzv. NSA indukovaná gastropatie a její komplikace. Glukokortikoidy se u akutní dny podávají intra artikulárně nebo systémově. Intra artikulárně znamená, že při punkci kloubní dutiny s aspirací tekutiny se následně do dutiny aplikuje dlouhodobě působící glukokortikoid. Systémově se glukokortikoidy podávají perorálně, intravenózně, intramuskulárně.



**Tabulka 7 Terapie akutního dnavého záchvatu**

- Aplikace chladu
- Ihned zahájit protizánětlivou léčbu (čas je nejdůležitější)
- NSA, kolchicin, glukokortikoidy (intra artikulárně nebo systémově)
- Potvrzená diagnóza nekomplikované dny – NSA
- Pacient nepřijímá ústy, aktivní vřed, renální insuficience – glukokortikoidy
- Nejistá diagnóza, kontraindikace NSA – kolchicin

Zdroj: PAVELKA, 2012, S. 441

### **3.2 LÉČBA INKRITICKÉHO OBDOBÍ A CHRONICKÉ DNY**

V publikaci od Němce (2016) můžeme nalézt, že léčba v inkritickém období nebo-li léčba mezi záchvaty a léčba chronické dny je založena především na režimových opatřeních a medikamentózní léčbě. Cílem léčby je snížení frekvencí a závažnosti dnavých záchvatů a snížení hladiny kyseliny močové na koncentraci 360  $\mu\text{mol/l}$  (6mg/dl) v séru a zmenšení velikosti a počtu dnavých tofů.

Do farmakologické léčby hyperurikémie se podle Závady (2012) řadí urikostatika např. Alopurinol nebo Febuxostat, a Urikosurika. Alopurinol je nejčastěji předepisovaným urikostatikem, kdy efekt účinnosti je dán na dávce léku. Alopurinol je dostupný v tabletách o síle 100 až 300 mg. Urikosurika např. Benzbromaron, Sulfinpyrazon nebo Probenecid nejsou v této době v České republice i v řadě jiných států dostupné.

Pavelka (2012) uvádí, že základem v léčbě chronické dny je normalizace hladiny kyseliny močové. Tito pacienti vyžadují několikaletou léčbu NSA. Dnavá artritida je velmi spojována s obezitou, alkoholismem, hypertenzí, hyperlipidemií, proto je důležitá multioborová spolupráce. Mezi nové léčebné metody patří PEG urikáza (pegylovaná urikáza). Podává se intravenózně v dávce 8 mg každé 2 týdny v pomalé infuzi. Při aplikaci PEG urikázy dochází ke snížení urikémie a redukci tofózních depozit během krátké doby. Po její aplikaci může na začátku léčby propuknout exacerbace dnavých záchvatů, proto je nutná profylaxe kolchicinem. Problémem léčby PEG urikázou je ve vysoké ceně.

Pavelka (2010) uvádí, že u většiny pacientů s onemocněním Arthritis urica je prognóza dobrá. Pouze u 5 – 10 % pacientů přechází stav do chronicity. Mohou se vyskytovat i chronické poruchy ledvin, ale selhání ledvin je velmi vzácné. K chirurgickému výkonu se přistupuje jen v případech, kdy má pacient velké dnavé tofy, které způsobují mechanické problémy např. na plosce nohy. Hojení ran na po těchto operacích je však problematické.

## 4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S ARTRITIS URICA

Ošetřovatelská péče o pacienta s Artritis urica je náročná, neboť vyžaduje multioborovou spolupráci, která je zpravidla navržená praktickým lékařem (dietoterapeut, revmatolog). Ošetřovatelská péče vychází z principů moderního ošetřovatelství.

*Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky, jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (SEIFERT, 2013, s. 5).*

Krátká a Šilháková (2008) uvádějí, že ošetřovatelská péče o pacienta s dnovou artritidou je poskytována formou ošetřovatelského procesu, který probíhá v pěti fázích. Do ošetřovatelského procesu je zapojena i rodina nemocného. Při prvním kontaktu s pacientem, všeobecná sestra posuzuje jeho stav. Podle této skutečnosti pak stanoví cíle své péče a následné intervence. Samotné posouzení pak sestra provádí při každé návštěvě pacienta. Sestra zaznamenává jak subjektivní, tak i objektivní problémy pacienta, využívat může i některé měřicí techniky.

Podle Farkašové (2006) je základním principem povolání všeobecné sestry poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. Jedna z nejdůležitějších zásad pro sestry zní, komunikuj s nemocným.

Krátká a Šilháková (2008) ve své knize uvádějí, že hlavními úlohami sestry v primární péči jsou:

- POSOUZENÍ PACIENTA, za pomoci různých měřicích škál a rozhovoru s pacientem, kdy sestra posuzuje fyzické a funkční schopnosti, duševní schopnosti a sociální situaci,
- SLEDOVÁNÍ FAKTORŮ OVLIVŇUJÍCÍCH KVALITU ŽIVOTA, např. stav kůže, bolest (akutní, chronická), výživu, vyprazdňování, pohyblivost.

Nejčastějšími problémy pacienta s dnovou artritidou je bolest (akutní nebo chronická), porucha výživy (obezita), rizikové chování v souvislosti s požíváním alkoholu nebo nedodržování správné životosprávy, neboť vliv životosprávy na onemocnění je velký. V akutních případech porucha hybnosti, zhoršený komfort pacienta, nebo sociální izolace.

Cílem ošetrovatelské péče je zmírnění bolesti, snížení váhy, omezení konzumace alkoholických nápojů, zlepšení životosprávy a zvýšení pohybové aktivity.

K hospitalizaci pacienta s dnovou artritidou dochází jen při zhoršení stavu nebo při výskytu komplikací. V tomto případě je pacient hospitalizovaný na interním oddělení.

Seifert (2013) uvádí, že při každé konzultaci s pacientem je vhodná příležitost ke zdravotní výchově. Všeobecná sestra je ve zdravotní výchově neocenitelným partnerem pro lékaře. Pacienta může podle požadavků lékaře instruovat o dietních opatřeních, užívání léků nebo o pitném režimu. Sestra aktivně ovlivňuje pacienty a poskytuje jim informace k ochraně zdraví.

#### **4.1 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO**

Onemocnění a faktory doprovázející onemocnění jsou pro pacienta velkou změnou a pacient ji vnímá jako zátěž, kterou je nutno řešit, popisuje Morovicsová (2006). Onemocnění jako takové nezasahuje pouze do života pacienta, ale má také vliv na jeho okolí. Respektive onemocnění zasahuje do pacientova společenského života, ať už jde o vztahy partnerské, rodinné či pracovní. Faktorů působících na lidskou psychiku v době onemocnění je mnoho. Lze k nim zařadit jednotlivé charakteristiky onemocnění, aktuální stav zdraví, osobní vlastnosti nemocného, zdravotní uvědomění aj. Nemoc do jisté míry ovlivňuje i potřeby člověka.

Definice zdraví a nemoci je v mnoha zdrojích popsány odlišně a někteří autoři se domnívají, že tyto dva pojmy nejdou výslovně popsat. Pojmy zdraví a nemoc chápeme jako dva naprosto odlišné pojmy. Zdraví je bráno v naší kultuře jako jedna z nejvýznamnějších hodnot (ZACHAROVÁ, HERMANOVÁ, ŠRÁMKOVÁ, 2007).

Nemoc je chápána jako porucha zdraví. Při překročení schopnosti adaptace na působení škodlivých vlivů vzniká nemoc.

Rozdíl mezi zdravím a nemocí spočívá v tom, že nemoc přináší potíže a je pro většinu lidí náročnou životní situací. Nemoc narušuje nemocnému jeho obvyklý způsob života. Nemoc po kratší či delší dobu limituje člověka v jeho běžných činnostech a návycích. Proto dochází k neuspokojení řady potřeb. U každé nemoci je nutno rozlišovat tři roviny, biologickou, psychologickou a sociální (ZACHAROVÁ, HERMANOVÁ, ŠRÁMKOVÁ, 2007).

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb (viz obrázek 1). Pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. K posouzení kvality života bylo vyvinuto mnoho dotazníků ať už je to PCASEE škála nebo dotazník WBQ. V některých případech jsou ale oblasti pro nemocného důležitější — třeba sledování schopnosti pohybu s dnovou artritidou nenahradí validovaný test, ale důležitost pro posouzení kvality života je zřejmá (HUDÁKOVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2013).

Potřeby seberealizace
Potřeby uznání, sebeúcty
Potřeby lásky a sounáležitosti
Potřeby jistoty a bezpečí
Potřeby základní / fyziologické

**Obrázek 1 Maslowova hierarchie potřeb**

**Zdroj: vlastní tvorba**

Zacharová (2013) popisuje, že se postoj k nemoci rozčleňuje do několika skupin. U běžných onemocnění reaguje většina pacientů přiměřeně, tzn., že přijímá diagnózu, léčbu a dodržuje pokyny lékařů. Spolupracuje ve snaze být opět zdrav. Poměr nebo postoj pacienta k nemoci vyjadřuje jakou hodnotu má choroba pro nemocného.

## Rozlišení postojů

- **Normální – racionální postoj**
  - Odpovídá skutečnému stavu pacienta,
- **Bagatelizující postoj**
  - Pacient podceňuje závažnost choroby,
- **Repudiační postoj**
  - Jde o zapuzení nemoci, pacient si nechce připustit, že je nemocný,
- **Nozobóbní poměr**
  - Jde o nepřiměřenou reakci nebo postoj k nemoci,
- **Nozofilní postoj**
  - Postoj je spojen s určitým uspokojením a příjemnými stránkami nemoci,
- **Hypochondrický postoj**
  - Nemocný se domnívá, že trpí závažnou chorobou,
- **Disimulační postoj**
  - Nemocný záměrně své obtíže zkresluje, popírá nebo neinformuje svého lékaře,
- **Účelový postoj**
  - Vystupňovaný nozofilní postoj.

V roli zdravotníka je důležité, aby uměl rozeznat těchto 8 typů postojů. Podle toho můžou zaujmout vhodný přístup k nemocnému ([www.prosestry.cz](http://www.prosestry.cz)).

## 4.2 ROLE SESTRY U NEMOCNÉHO S REVMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Vaňásek (2014) uvádí, že role všeobecné sestry v péči o pacienta je zcela zásadní. Všeobecná sestra má hlavní postavení v oblasti diagnostiky ošetrovatelských problémů, hodnocení účinnosti léčby a edukace.

Podle Olejárová a Korandové (2011) by obsahem edukace u pacienta s revmatickým onemocněním mělo být, vysvětlení podstaty či příčiny problému, nácvik vyhodnocení problému pacientem a instruktáž pacienta k vyřešení problému vlastními silami, je-li to možné. O průběhu edukace se vede záznam, který je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Mezi edukační okruhy patří:

- bolest,
- únava a poruchy spánku,

- kloubní a mimo kloubní problémy,
- muskoskeletární aparát,
- výživa,
- kůže a péče o ni,
- sebe péče a aktivity každodenního života,
- užívání léků,
- ochrana kloubů, prevence pádů.

## **BOLEST**

Nemoc se často projevuje bolestí, proto se bolest pokládá za důležitý signál poruchy zdraví. Dnavá artritida je často doprovázena bolestí, ať už je to bolest akutní při dnavém záchvatu nebo bolest chronická.

Pokorná (2013) označuje bolest jako nepříjemný biologický (fyzický), emoční, sociální a také spirituální stav. Je typickým obranným mechanismem našeho těla. Bolest nás upozorňuje na to, že je v našem těle něco v nepořádku. Reakce biologická je charakteristická změnami fyziologických procesů na systémy např. kardiovaskulární, respirační, gastrointestinální, imunitní nebo metabolické.

Bolest je subjektivním pocitem, a proto je v roli zdravotníka důležité pacientovi naslouchat, píše Vaňásek (2014) ve své publikaci. Protože je bolest naprosto individuální, může být vnímána různě a to nejen z hlediska intenzity, lokalizace, ale zásadně se na ní podílí psychický stav pacienta. Bolest je limitující faktorem v období nemoci, a tudíž je potřeba ji co nejrychleji odstranit. Nedostatečně léčená nebo neléčená bolest negativně ovlivňuje život nemocného i jeho blízkých a zhoršuje mu kvalitu života. Bolest můžeme rozdělit do 3 forem na akutní, chronickou a psychogenní bolest.

Péče o pacienta s bolestí, se od sestry vyžaduje především pochopení, zájem o pacienta a čas. Úlohou všeobecné sestry je pacientovi vysvětlit pojem, popřípadě příčinu bolesti, naučit ho bolest popsat, lokalizovat a vyhodnotit a naučit bolest řešit cestou nefarmakologickou.

Pokorná (2013) popisuje, že ke zjednodušené identifikaci se může využít abecední pořadí čísel P, Q, R, S, T pro efektivní zhodnocení pacientovi bolesti. Abeceda vychází z anglických pojmů:

- P (Provokes) Co bolest vyvolává, provokuje, zhoršuje?,

- Q (Quality) Jaká je kvalita, kvantita?,
- R (Radiates) Region, oblast, kam bolest zasahuje?,
- S (Severity) Jaká je síla bolesti?,
- T (Time) Jak dlouho bolest trvá?.

Vaňásek (2014) uvádí, že pro správnou léčbu bolesti je třeba ji pravidelně měřit. Kategoriální stupnice jsou slovní kritéria, jimiž pacient vyjadřuje sílu a druh bolesti pomocí číselné stupnice: 0 - žádná bolest, 1 - lehká bolest, 2 - obtížná bolest, 3 - rušivá bolest, 4 - strašná bolest, 5 - mučivá bolest. Naopak VAS je „pravítko“, dělené po 1 cm od 0 do 10, přičemž 0 je žádná bolest a hodnota 10 představuje nesnesitelnou bolest. Pacient na tomto pravítku určuje číslici mezi 0 a 10, která co nejpřesněji stanoví intenzitu jeho bolesti.

## **VÝŽIVA**

Jedním z pilířů správné léčby dnavé artritidy jsou režimová opatření, mezi která patří správná životospráva. Pacient by měl držet zejména dietu s nízkým obsahem purinů ve stravě. Potraviny, kterým by se měl pacient trpící dnovou artritidou vyvarovat, najdeme v tabulce číslo 6. Pacient má úplný zákaz konzumování alkoholu (MÜLLER, WEISSENBERGER, 2006).

Základem správné léčby je vyvážená strava, a to bez výkyvů ve stravování. Hladovění není v tomto případě vhodné, protože negativně ovlivňuje metabolismus kyseliny močové. Váha se musí snižovat postupně a měla by se zvýšit pohybová aktivita nemocného. Důležité je dodržet pitný režim, důležitou částí je konzumace zeleniny a ovoce (TEPLAN, MENGEROVÁ, 2010).

Při výběru a konzumaci by se člověk neměl řídit jen obsahem purinů v konkrétní potravíně, je nutné zhodnotit potravinu jako takovou. Například kakaový prášek obsahuje velké množství purinů, ale při přípravě jedné porce nápoje je obsah purinů poměrně menší. Další potravinou, která obsahuje vyšší množství purinů, jsou luštěniny. Luštěniny mají ale také vysoký obsah vlákniny, která zrychluje střevní peristaltiku a tím snižuje i příjem purinů (KUŽELA, STEJSKALOVÁ, 2007).

## **KOŽNÍ PROJEVY**

Olejárová a Korandová (2011) označují edukaci v oblasti kůže za nesmírně důležitou. Kůže v rámci revmatických onemocnění bývá často postižená, proto je třeba, aby pacient

jakékoliv kožní změny hlásil lékaři nebo i sestře. Cílem edukace je snížit riziko infekce a minimalizovat negativní dopad změn na vzhled a psychiku pacienta. Všeobecná setra edukuje na téma pravidelné prohlížení kůže, prevence otlaků, poruchy prokrvení kůže, poruchy termoregulace, volby vhodného oblečení, prevenci úrazu a edukaci při ošetřování defektu.

## **SEBEOBSLUHA A AKTIVITY KAŽDODENNÍHO ŽIVOTA**

Pacienti s chronickými zánětlivými revmatickými chorobami jsou omezeni v běžném životě charakterem nemoci nebo užívanou léčbou. V důsledku poškození kloubů, případně dalších muskuloskeletárních struktur, jsou omezeny fyzické funkce, a ovlivní tak soběstačnost nemocného. Edukace v této oblasti je zaměřená na vhodné používání kompenzačních technik a pomůcek. Důležitá je i spolupráce s ergoterapeutem a fyzioterapeutem uvádějí Olejárová a Korandová (2011).

### **4.3 METODA KRÁTKÝCH INTERVENČÍ**

Seifert (2013) uvádí, že metoda krátkých intervencí se osvědčila jako velmi efektivní pro zdravotní výchovu pacientů s rizikovými faktory v ordinacích praktických lékařů. Praktický lékař má totiž nejlepší předpoklady a příležitosti být zprostředkovatelem masové prevence a podpory zdraví. Primární prevence je logickým výsledkem pozorování vztahu rizikových faktorů ke vzniku onemocnění.

*Projekt č. 10683 Krátké intervence v praxi je realizován z dotačního programu MZ ČR – sekce Národní program zdraví (Cvrčková et al., 2016).*

Aplikace metodiky krátkých intervencí v praxi je projekt na období 2016 – 2017, je zaměřen na aplikaci intervencí u pacientů ve prospěch zdravého životního stylu. Projekt se soustředí na rizikové faktory užívání tabáku, konzumaci alkoholu, prevenci obezity, prevenci sexuálně přenosných chorob a prevenci sezónní chřipky. Cílem krátkých intervencí je rozpoznat problém, informovat o výsledku a motivovat pacienta ke změně chování. Dlouhodobými cíli jsou přestat kouřit, limitovat konzumaci alkoholu, zvýšit míru pohybové aktivity a optimalizovat výživu.

Rozdělujeme 4 principy motivačního rozhovoru s pacientem:

- empatie,
- nalezení rozdílu,



- při odporu couvnout,
- self-efficacy (podpoření důvěry pacienta ve vlastní schopnosti).

V rozhovoru s pacientem:

- hodnotíme chování jeho ve vztahu k intervenované oblasti na základě vyplněného standardního dotazníku,
- vedeme nekonfrontační rozhovor s pochopením,
- spolupracujeme na hledání nápadů a řešení,
- motivujeme (vzhled u žen, pracovní výkon u ambiciózních lidí, duševní výkonnost u studentů),
- po rozhodnutí pacienta změnit chování poradíme, jak toho dosáhnout.

V rámci projektu byly vytvořeny dotazníky k metodice krátkých intervencí

- Fagerströmův test nikotinové závislosti,
- dotazník AUDIT,
- dotazník nutriční skóre,
- dotazník pohybová aktivita,
- dotazník chřipka.

Výstupem z intervencí je zvýšení zdravotní gramotnosti - rozhodování ve prospěch zdraví. Zvýšení znalostí o rizikových a protektivních faktorech zdraví a nemocí, porozumění informacím a umět je vyhodnotit a vhodně použít. Začít přemýšlet o změně chování ve prospěch zdraví ([www.kratke-intervence.info](http://www.kratke-intervence.info)).

## 5 KAZUISTIKA

*Kazuistika je specifickou technikou kvalitativního výzkumu, protože jde o výzkum jedné osoby a jedné situace. Jde o souhrnný popis jednotlivých případů, např. choroby s údaji od vzniku, vývoje a průběhu, nebo případné komplikace. Kazuistika v ošetrovatelství může sloužit jako návrh pro řešení problému ošetrovatelské praxe, může doplnit kvantitativní výzkum nebo může být použita ve výuce (PLEVOVÁ A KOL., 2011, s. 230).*

Trachtová (2006) popisuje ošetrovatelský proces jako cyklický a pokračující proces, který může v jakékoli etapě skončit, je-li problém vyřešen. Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces je zaměřen nejen na fyzické potřeby, ale také na psychické a sociální potřeby nemocného. Ošetrovatelský proces je především sbírání dat o pacientovi. Tento proces je považován za standard ošetrovatelské praxe, který má 5 fází. Posuzování nebo také zhodnocení stavu pacienta, diagnostika potřeb pacienta, plánování ošetrovatelské péče, realizace péče a zhodnocení vytyčených cílů.

Ošetrovatelský proces v praktické části bakalářské práce byl zpracován u pacienta v raném stáří, 71 let, který se s dnovou artritidou dlouhodobě léčí. Ošetrovatelská péče byla zpracována ode dne 1. návštěvy pacienta u praktického lékaře, tedy od 11. 07. až do 4. návštěvy, která proběhla 01. 08. 2016. K posouzení stavu pacienta byly využity informace z lékařské dokumentace, z rozhovoru s pacientem a některé měřicí škály. Ošetrovatelská anamnéza byla zpracována pomocí koncepčního modelu Marjory Gordon. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla využita NANDA I taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy byly následně zformulovány a potom vyhodnoceny.

## 5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Tabulka 8 Identifikační údaje o pacientovi

Jméno a příjmení: X.Y.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1945	Věk: 71
Rodné číslo: 45..../....	Číslo pojišťovny: XXX
Adresa bydliště: XXXXX	Státní příslušnost: ČR
Telefon: 00000000	Zaměstnání: důchodce
Stav: ženatý	Ošetřující lékař: MUDr. XXXXX
Vzdělání: střední	
Oddělení: Ordinace praktického lékaře	

ZDROJ: vlastní tvorba

**Důvod přijetí (návštěvy lékaře) udávaný pacientem:** „praktického lékaře jsem navštívil, kvůli nesmírné bolesti nohy, konkrétně palce na noze“

**Medicínská diagnóza:** Dnavá artritida

**Medicínské diagnózy vedlejší:** Hyperlipidemie, Hypertenze

**Vitální funkce změřené dne 11. 07. 2016 :**

**TK 140/75**

**Výška: 180 cm**

**TF 85**

**Váha: 118 kg**

**D 16/ min**

**BMI: 36**

**TT 36,6 °C**

**Pohyblivost: neomezená**

**Stav vědomí: orientovaný**

**Krevní skupina: B+**

## LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

**Rodinná anamnéza:** otec ve stáří trpěl diabetem, matka ve stáří měla rakovinu ledvin. Sestra se léčí pouze s hypertenzí. Dcera se léčí s hyperlipidemií a syn trpí dnovou artritidou.

**Osobní anamnéza:** v dětství byl často hospitalizován z důvodu zánětu středního ucha, v mládí vážně stonal s očima. V dětství byl očkován běžnými vakcínami. V roce 1990 mu byla operována prostata. V roce 1994 byl hospitalizován na urologickém oddělení pro zánět ledviny. V roce 2008 mu byl operován pravý ramenní kloub. 2010 byl hospitalizován opět na urologii pro ledvinové konkrementy a v roce 2012 podstoupil operaci katarakty.

**Alergologická anamnéza:** pacient udává alergii na Algifen

**Abúzy:** v mládí hodně kouřil, vykouřil až 20 cigaret za den, od 45 let nekouří, alkohol pije pravidelně, drogy, kávu a léky neguje

**Sociální a pracovní anamnéza:** pacient je již 5 let v důchodu, pracoval jako agronom v zemědělské společnosti. Pacient je ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domě, vztahy v rodině jsou dobré. Jeho záliby jsou auta, počítač, čtení knih, sledování televize.

**Farmakologická anamnéza:**

**Tabulka 9 Přehled léků**

Název léku	Aplikace	Síla	Dávkování	Skupina
MILURIT	Per os	100 mg	1-0-0	URIKOSTATIKA
SECTRAL	Per os	400 mg	1-0-0	ANTIARYTMIKA
AMLATOR	Per os	10 mg	1-0-0	ANTIHYPERTENZIVA
TELMISARTAN	Per os	80 mg	1-0-0	ANTIHYPERTENZIVA
SIMVASTATIN	Per os	20 mg	0-0-1	HYPOLIPIDEMIKA

ZDROJ: vlastní tvorba

**Urologická anamnéza:** Roku 1984 prodělal renální koliku, 1994 byl hospitalizován pro ureterolithiasu a nefrostomii, 2010 hospitalizace opět pro ledvinové konkrementy, 2011 kontrola u urologa pro nykturii.

## 5.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ze dne 11. 07. 2016

### ORDINOVANÁ OŠETŘENÍ

Tabulka 10 Vyšetření krve z 11. 07. 2016

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ	VÝSLEDEK	NORMA
KYSELINA MOČOVÁ	440 $\mu\text{mol/l}$	220-420 $\mu\text{mol/l}$
KREATININ	115 $\mu\text{mol/l}$	44-110 $\mu\text{mol/l}$
ALT	0,69 $\mu\text{kat/l}$	0,10-0,78 $\mu\text{kat/l}$
AST	0,60 $\mu\text{kat/l}$	0,10-0,72 $\mu\text{kat/l}$
BILIRUBIN	10,0 $\mu\text{mol/l}$	2,0-17,0 $\mu\text{mol/l}$
CHOLESTEROL	4,8 $\text{mmol/l}$	2,9-5,2 $\text{mmol/l}$
GLUKÓZA	4,7 $\text{mmol/l}$	3,6-5,6 $\text{mmol/l}$
CRP	25 $\text{mg/l}$	0,0-7,0 $\text{mg/l}$

ZDROJ: vlastní tvorba

SATATIM odběry krve dne 11. 07. 2016

### KONZERVATIVNÍ LÉČBA

**Dieta:** redukční + dieta s nízkým obsahem purinů ve stravě

**Pohybový režim:** volný

### MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Tabulka 11 Farmakologická léčba

Název léku	Aplikace	Síla	Dávkování	Skupina
AMLATOR	Per os	10 mg	1-0-0	ANTIHYPERTENZIVA
PURINOL	Per os	300 mg	1-0-0	URIKOSTATIKA
SECTRAL	Per os	400 mg	1-0-0	ANTIARYTMIKA
SIMVASTATIN	Per os	20 mg	0-0-1	HYPOLIPIDEMIKA
TELMISARTAN	Per os	80 mg	1-0-0	ANTIHYPERTENZIVA
COLCHICUM DISPERT	Per os	0,5 mg	1-2 tbl á 2 hodiny (max. 8 mg/den)	ANTIURATIKA

ZDROJ: vlastní tvorba

## 6 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 11. 07. 2016

### Hlava a krk:

**Subjektivně:** „*bolesti hlavy nemívám, pouze ojediněle*“

**Objektivně:** hlava normocefalická, bez deformit, na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, myopie, nosí brýle na čtení, skléry bílé bez ikteru, spojivky růžové. Oči, nos, uši bez výtoku. Slyší dobře, jazyk suchý, plazí ve střední čáře. Chrup plný zdravý. Krk bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, pulzace na a. karotis hmatná oboustranně, uzliny nehmatné, nebolestivé.

### Hrudník a dýchací systém:

**Subjektivně:** „*bolesti na hrudi nemám, jen se častěji zadýchávám, někdy v noci, podle manželky, přestanu na pár vteřin dýchat, ale nevzbudí mne to*“

**Objektivně:** hrudník souměrný bez deformit, bez srdečního vyklenutí, poslechově dýchání čisté sklípkové. Při námaze dušnost NYHA II, SO<sub>2</sub> bez kyslíku 92 – 95 %. Pacient má spánkovou apnoei.

### Srdečně cévní systém:

**Subjektivně:** „*již léta se léčím s vysokým tlakem*“

**Objektivně:** srdeční rytmus pravidelný (85/min), dobře hmatný. Tlak 140/75. Dolní končetiny bez otoků a bez známek flebotrombozy.

### Břicho a GIT:

**Subjektivně:** „*bolesti břicha nemám, kvůli mé tloušťce je mi břicho spíš překážkou. Nechutenstvím netrpím, jídlo mám rád*“

**Objektivně:** břicho palpačně nebolestivé, zvětšené, peristaltika slyšitelná, odchod plynů v normě, stolice pravidelná, naposledy ráno 11. 7. 2016.

### Močový a pohlavní systém:

**Subjektivně:** „*často chodím na malou v noci, i když na večer moc nepiju a přes den piju taky málo, pocit žízně nemám. V minulosti jsem byl hospitalizován na urologickém oddělení*“

**Objektivně:** pacient trpí nykturií, moč je tmavá, hustá bez příměsí. Vypije okolo 2 l tekutin denně.

### **Kosterní a svalový systém:**

**Subjektivně:** „často mě bolí klouby celého těla, je to asi způsobené mojí tloušťkou. Protože mám výrůstky na pravém rameni, nemůžu čas od času ruku zvednout a někdy mi musí pomoc manželka, například s oblékáním a svlékáním oblečení. Nejvíc mě bolí palec na noze a nemůžu na něj došlápnout. Chůze na delší vzdálenost mi činí problém a o chůzi po schodech ani nemluví“

**Objektivně:** míra pohyblivosti je omezená v důsledku bolesti PDK a i z důvodu obezity. Hybnost krční páteře v normě. Dále je omezený pohyb v pravém rameni, v oblasti soběstačnosti konkrétně v oblékání, je pacient částečně závislý na jiné osobě. Pacient udává bolest L palce DK číslem 5 - 6 (VAS) v klidu a při chůzi číslo 7.

### **Nervový systém a smysly:**

**Subjektivně:** „dnes je 11. 07. 2016, jsem v ordinaci praktického lékaře. Slyším dobře, brýle nosím jen na čtení, chodím 1 za rok na kontrolu k očnímu. K lékaři jsem přišel, protože mě bolí noha“

**Objektivně:** pacient orientován časem, místem a osobou, při návštěvě v ordinaci spolupracoval. Pacient slyší dobře, brýle jen na čtení, čich, chuť, hmat bez patologie. Zornice izokorické, reagují na osvit.

### **Endokrinní systém:**

**Subjektivně:** „žádné problémy nemám, se štítnou žlázou se neléčím“

**Objektivně:** štítná žláza nezvětšená, nebolestivá, nezpozorovány projevy poruch endokrinního systému

### **Imunologický systém:**

**Subjektivně:** „alergii mám na Algifen, jinak o žádných dalších alergiích nevím. Občas mám rýmu. Léky na imunitu neužívám“

**Objektivně:** lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé, tělesná teplota 36,6 °C.

**Kůže a její adnexa:**

**Subjektivně:** „mám popraskanou kůži na břiše, kůže mě často svědí, nejspíš z toho, že ji mám hodně suchou. Krémy nepoužívám, manželka mi kupuje hydratační sprchové gely“

**Objektivně:** kůže suchá, šupinatá, na břiše viditelné strie. Na zádech zvýšený počet mateřských znamének. Kožní turgor snížený. Nehty upravené.



## 7 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MARJORY GORDON DNE

**11. 07. 2016**

Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordon byla zpracována se souhlasem pacienta dne 11. 07. 2016, kdy pacient navštívil ordinaci praktického lékaře, kvůli dnavému záchvatu.

### **DOMÉNA 1: Podpora zdraví**

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav špatně. V dnavé artritidy a dalších přidružených onemocnění, pacient často pociťuje stres. Tento stav negativním způsobem ovlivňuje pacientovu kvalitu života. Zdraví označuje za nejdůležitější hodnotu života, ale i přesto lékařská doporučení nedodržuje. Rád konzumuje alkohol a nedodržuje dietu. Pacient nikdy aktivně nesportoval, občas jezdil na kole, snaží se chodit s manželkou na procházky. V dětství prodělal běžná dětská onemocnění a podstoupil povinná očkování.

Ošetřovatelský problém: **nezdravý životní styl, nedostatek pohybu**

### **DOMÉNA 2: Výživa**

Stav výživy pacienta je nadměrný, charakterizovaný jako obezita druhého stupně. Při své výšce 180 centimetrů je jeho hmotnost 118 kilogramů, což představuje hodnotu BMI 36. V dětství problémy s váhou neměl. Nabírání na váze přišlo po 45 roce života, pacient byl již fyzicky méně aktivní, ale konzumaci jídla neredukoval, a v důsledku nevyvážené energetické bilance se jeho hmotnost postupně navyšovala. Po 50 roce života mu byla diagnostikována hyperurikémie. Pacient byl edukován o správné výživě a medikamentózní léčbě. Dietu v zásadě dodržoval, ale jen krátkou chvíli, proto u něj čas od času docházelo k akutním záchvatům. V minulém roce přibral pacient okolo 5 kil. V současné době dietu nedodržuje, proto se u něj projevil akutní dnavý záchvat, tudíž navštívil praktického lékaře. Jako typický denní příjem domácího jídla zmiňuje 4 porce, tedy dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a večeře. K obědu si vždy dá 1 pivo, a tvrdému alkoholu se taky nevyhýbá.

Pacient není dostatečně hydratován, vypije cca 2 litrů denně. Kožní turgor je snížený, sliznice suché.

Ošetřovatelský problém: **obezita, dehydratace**

Měřicí technika: **BMI: 36 = obezita II. stupně**

### **DOMÉNA 3: Vylučování a vyprazdňování**

Na stolici chodí pacient pravidelně, poslední stolici uvedl 11. 7. 2016. Za den pacient vypije přibližně 1,5 až 2 litry. Asi 3-4x za noc chodí na toaletu. S urologickými problémy se léčil již v minulosti. Pacient byl operován s prostatou, byl pro zánět ledviny a ledvinové kameny.

Ošetrovatelský problém: **dehydratace, porucha vylučování moče**

### **DOMÉNA 4: Aktivita, odpočinek**

Pacient nikdy aktivně nesportoval, ale čas od času se rád projel na kole, nebo chodil s manželkou na procházky. V důsledku akutního onemocnění je fyzická aktivita pacienta značně omezena. Při oblékání má problém, kvůli bolesti a omezené hybnosti pravého ramene. Dopomoc při osobní hygieně není zapotřebí. Pacient si stěžuje na nespavost, po ránu se cítí nevyspalý, přes den unavený. Spánek je tedy hodnocen jako nekvalitní především z důvodu nucení na močení v noci. Kvalita spánku je ve fázi akutní bolesti také narušená. Pacient trpí spánkovou apnoe, občas ráno se cítí nevyspalý.

Ošetrovatelský problém: **zhoršená pohyblivost, deficit sebe péče při oblékání, narušený vzorec spánku, akutní bolest**

Měřicí technika: **Barthel test (ADL) : 80 bodů Lehká závislost**

### **DOMÉNA 5: Percepce a kognice**

Pacient je orientovaný místem, časem i osobou. Aktivně se snaží své vědomosti zlepšit. S jeho zdravotním stavem je seznámen. Řeč je plynulá, sluch dobrý, používá brýle na blízko.

### **DOMÉNA 6: Sebe percepce**

Pacient býval za mlada optimistický, ale nyní se hodnotí jako pesimista. Vzhledem k onemocnění se bojí možných komplikací, palec u nohy ho značně bolí. Pacient ví, že trpí obezitou, ale v jídle se omezovat nechce.

### **DOMÉNA 7: Vztahy mezi rolemi**

Pacient bydlí v rodinném domě společně se svou manželkou, dcerou a vnučkou. Jeho syn žije se svou rodinou také v rodinném domě. Vztahy v rodině mají dobré, všichni spolu

vychází. Především jeho manželka ho plně podporuje v jeho léčbě. A je mu za jakýchkoliv okolností podporou.

### **DOMÉNA 8: Reprodukce a sexualita**

Pacient je v tématu sexuální oblasti velmi stydlivý. Netrpí žádnými nemocemi.

### **DOMÉNA 9: Zvládání zátěže**

V této chvíli cítí strach, který má především z důvodu bolesti a vyhlídek do budoucna, aby vše zvládl. Je rád, že bydlí s dcerou a vnučkou v rodinném domě, protože se každodenně vídají, a vždy u nich nalezne oporu. Pacient se zmínil, že dříve, když se cítil být ve stresu, pomohlo mu zapálit si cigaretu. Dnes již nekouří.

Ošetřovatelský problém: **strach**

### **DOMÉNA 10: Životní principy**

Pacient uvádí, že na prvním místě je pro něj jeho rodina a jejich zdraví. Náboženství ostatních lidí neodsuzuje, ale sám je ateista.

### **DOMÉNA 11: Bezpečnost ochrana**

Pacient je limitován v oblasti pohyblivosti, kompenzační pomůcky nevyužívá, i přesto zde hrozí jisté riziko pádu. Edukace je v této oblasti na místě. Vzhledem ke stáří pacienta, a k jeho povaze je vhodná i edukace rodiny, respektive manželky pacienta.

Ošetřovatelský problém: **riziko pádu**

Měřicí technika: **hodnocení rizika pádu dle Conleyové, 6 bodů střední riziko**

### **DOMÉNA 12: Komfort**

Pacient udává akutní bolest kloubu palce dolní končetiny. Bolest hodnotí číslem 5-6 v klidu (VAS 0-10), a čísle 7 při chůzi. Pacienta bolest nohy omezuje v pohybu a v běžné denní aktivitě. V důsledku bolesti je pacient napjatý a mírně podrážděný.

Ošetřovatelský problém: **akutní bolest**

Měřicí technika: **numerická škála bolesti**

### **DOMÉNA 13: Růst a vývoj**

Z rozhovoru s pacientem a z lékařské anamnézy nebyly zaznamenány odchylky ve vývoji.

## 8 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 11. 07. 2016

Pacient XY ve věku 71 let, ženatý žijící v rodinném domě s manželkou, orientován časem, místem i osobou. Navštívil dne 11. 07. 2016 ordinaci praktického lékaře, pro akutní bolest dolní končetiny. Při příchodu do ordinace lékaře mu byly změřeny základní fyziologické funkce: TK 140/75, TF 85/min, TT 36,6 °C, D: 16/min. Dále byly provedeny statimově odběry na hematologii a biochemii. Pacient lokalizoval bolest v oblasti palce dolní končetiny, bolest číslem 5 v klidu, a číslem 7 při chůzi (VAS). Bolest zhodnotil jako krutou, palčivou a vystřelující. Pacient byl omezen v rámci pohybu, při chůzi si stěžoval na bolest, a při hodnocení pádu dle Conleyové bylo riziko hodnoceno číslem 6, tedy střední riziko.

Pacient trpí obezitou II. stupně, při výšce 180 a váze 118 kg byla změřená hodnota BMI 36. V současné době dietu nedržel, proto se u něj projevil akutní dnový záchvat. Kožní turgor má snížený, vypije okolo 2 litrů denně. Každý den po obědě si dá jedno pivo, a ani tvrdému alkoholu se nevyhýbá.

Z důvodu nočního močení má pacient narušený vzorec spánku. Na špatné kvalitě spánku se podílela i bolest nohy. Pacientovi byla diagnostikována spánková apnoe. Dle Barthel testu, pacient dosáhl celkem 80 bodů, a to představuje lehký stupeň závislosti. Pacient nebyl schopen dlouhé chůze po rovině, chůze do schodů a při oblékání pacient potřeboval dopomoc. Pacient má méně fyzické aktivity, částečně z důvodu obezity. Pacient pocítuje strach především z důvodu zhoršení zdravotního stavu.

Na základě zjištěných rizikových faktorů, byl pacient edukován v rámci výživy, pohybové aktivity a konzumaci alkoholu. K edukaci byla využita metoda krátkých intervencí vytvořená SZÚ. Pacient byl seznámen se seznamem nevhodných potravin při dnavé artritidě, a byl mu předán orientační jídelníček. Pacientovi byla doporučena návštěva nutričního terapeuta.

## 9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny dle priorit. Celkem je stanoveno 11 ošetrovatelských diagnóz, 10 aktuálních a 1 riziková. Diagnózy byly sestaveny dle NANDA I taxonomie II 2015 – 2017.

### **00132 AKUTNÍ BOLEST**

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Priorita: Střední

Určující znaky: sdělení nebo označení bolesti, změněná chuť k jídlu a změna příjmu potravy, úzkost, strach

Související faktory: poškozující agens

### **00088 ZHORŠENÁ CHŮZE**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Priorita: Střední

Určující znaky: zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti

Související faktory: bolest, obezita, muskuloskeletární poškození

### **00232 OBEZITA**

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Priorita: Střední

Určující znaky:  $BMI > 30 \text{ kg} / \text{m}^2$

Související faktory: neomezování se v jídle

**00027**                      **SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN**

Doména 2:                      Výživa  
Třída 5:                        Hydratace  
Priorita:                        Střední  
Určující znaky:                suché sliznice, snížení turgor, suchá kůže  
Související faktory:        aktivní pokles tělesných tekutin

**001555**                      **RIZIKO PÁDŮ**

Doména 11                      Bezpečnost/ochrana  
Třída 2                         Tělesné poškození  
Priorita                         Střední  
Rizikové faktory                věk >65 let, farmaka, akutní onemocnění, potíže s chůzí

**00016**                        **ZHORŠENÉ VYLUČOVÁNÍ MOČI**

Doména 3:                      Vylučování a výměna  
Třída 1:                        Funkce močového systému  
Priorita:                        Střední  
Určující znaky:                nykturie  
Související faktory:        mnohočetná kauzalita

**00096**                        **NEDOSTATEK SPÁNKU**

Doména 4:                      Aktivita/odpočinek  
Třída 1:                        Spánek/odpočinek  
Priorita:                        Střední  
Určující znaky:                únava, ospalost  
Související znaky:            spánková apnoe, nykturie

**00148 STRACH**

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Priorita: Střední

Určují znaky: znepokojení, pocit'uje obavy

Související faktory:

**00214 ZHORŠENÝ KOMFORT**

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Priorita: Střední

Určující znaky: neschopnost odpočívat, nespokojenost se situací, strach, pocit diskomfortu

Související faktory: symptomy související s nemocí

**00109 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Priorita: nízká

Určující znaky: zhoršená schopnost obléknout si oblečení na horní část těla

Související faktory: muskoskeletární postižení

**00188 CHOVÁNÍ NÁCHYLNÉ KE ZDRAVOTNÍM RIZIKŮM**

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Priorita: Nízká

Určující znaky: nečinnost z hlediska prevence zdravotních problémů

Související faktory: nízká vlastní efektivita

## 9.1 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

### OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: AKUTNÍ BOLEST (00132)

**Doména 12 :** Komfort

**Třída 1:** Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

**Určující znaky:** sdělení nebo označení bolesti, změněná chuť k jídlu a změna příjmu potravy, úzkost, strach

**Související faktory:** poškozující činitelé (biologičtí)

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:**

- pacient pocítuje úlevu od bolesti (z hodnoty 6-7 na hodnotu 3) do 2 dnů

**Cíl dlouhodobý:**

- pacient nemá bolest (intenzita – 0), je schopen návratu k zcela běžným denním aktivitám

**Očekávané výsledky:**

- pacient umí sledovat (pomocí hodnotících škál) a definovat svou bolest do 1 hodiny
- pacient udává zmírnění bolesti do 1 dne
- pacientův spánek není ovlivněn bolestí do 2 dnů
- pacient umí využívat metody ke zmírnění bolesti 1 dne
- pacientova kvalita života se zlepšila do poslední kontroly

**Plán intervencí**

1. posuď bolest ve spolupráci s pacientem (lokalizace, charakter, trvání), všeobecná sestra, každou návštěvu
2. akceptuj pacientovo líčení bolesti, všeobecná sestra, při každé kontrole
3. s pacientem zhodnoť bolest na stupnici 0-10, všeobecná sestra, při každé návštěvě



4. seznam pacienta s VAS škálou bolesti a nauč ho ji používat, všeobecná sestra, při první návštěvě
5. při další kontrole zhodnoť, zda pacient umí používat VAS škálu bolesti, všeobecná sestra
6. sleduj základní fyziologické funkce (TK, TF, DF, TT), při každé návštěvě pacienta, a zapisuj do dokumentace, všeobecná sestra
7. pozoruj neverbální projevy pacienta, sestra, při každé kontrole
8. sleduj účinky a vedlejší účinky léků (průjem, nevolnost, bolesti a křeče žaludku, vyrážka atd.), každá návštěva, sestra
9. doporuč pacientovi zaznamenávat si bolest (denní záznam bolesti podle Melzaca), sestra
10. veď pacienta k provádění nefarmakologické léčby (studené obklady, relaxační techniky, dieta), sestra
11. pozoruj vliv bolesti na spánek pacienta, sestra, při každé kontrole

## **Realizace intervencí**

### **11. 07. 2016**

Pacient navštívil ordinaci praktického lékaře pro akutní bolest dolní končetiny. Ve spolupráci s pacientem byla zhodnocená bolest na VAS škále číslem 5-6 v klidu a číslem 7 při chůzi. Pacient lokalizoval bolest v oblasti palce dolní končetiny, a popsal ji jako krutou a palčivou. Při vstupu do ordinace mu byly změřené fyziologické funkce (TK 140/75, TF 85/min, TT 36,6 °C, D: 16/min) a byl proveden zápis do dokumentace. Pacient byl seznámen s VAS škálou bolesti. Lékař mu naordinoval farmakologickou terapii. Pacient byl informován o možnostech nefarmakologické léčby. Pacient byl z důvodu bolesti nevyspalý a unavený. Do další návštěvy bylo pacientovi doporučeno, si svou bolest zapisovat do deníku. Byl mu předán denní záznam bolesti podle Melzaca a byl poučen jak bolest zapisovat.

### **13. 07. 2016**

Při další kontrole vypadal pacient už odpočatěji, bolest popsal číslem 3-4 na VAS škále. Ke kontrole přinesl vyplněný denní záznam bolesti. Bylo mu doporučeno si i nadále vést záznamy o bolesti. Dále mu byly změřeny fyziologické funkce (TK 132/70, TF 80/min, TT 36,4 °C, D 17/min) a následně zapsané do dokumentace. Pacient neudává žádné vedlejší účinky léků.

Pacient aktivně prováděl i léčbu nefarmakologickou, aplikoval studené obklady a dodržoval dietu s nízkým obsahem purinů ve stravě.

### **15. 07. 2016**

Pacient udává zmírnění bolesti na VAS škále číslem 1-2. Byly mu změřeny fyziologické funkce (TK 130/73, TF 75/min, TT 36,5 °C, D 17/min) a zapsané do dokumentace. Vedlejší účinky léků nepozoroval. Vliv bolesti na spánek neguje.

### **Hodnocení dne 01. 08. 2016**

Cíl byl splněn, pacient udává zmírnění bolest na intenzitu 0 po farmakologické i nefarmakologické léčbě. Farmakologická léčba i metody zmírňující bolest byly přínosné. Pacient aktivně spolupracoval, podrobně si bolest zaznamenával do denního záznamu bolesti. Při návštěvě mu byly změřeny fyziologické funkce (TK 130/72 TF 82/min, TT 36,4°C, D 18/min). Celý plán péče, realizace i hodnocení byly zapsány do dokumentace. Bolest pacienta nelimituje v běžných denních aktivitách.

### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: ZHORŠENÁ CHŮZE 00088**

Doména 4:	Aktivita/odpočinek
Třída 2:	Aktivita/cvičení
Definice:	Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.
Priorita:	Střední
Určující znaky:	zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti
Související faktory:	bolest, obezita, muskuloskeletární poškození

#### **Cíl krátkodobý:**

- pacient chápe rizikové faktory spojené se zhoršenou chůzí (riziko pádu) do 1 dne

#### **Cíl dlouhodobý:**

- pacientova chůze není limitována bolestí ani akutním onemocněním, je schopen vykonávat běžné denní aktivity, do 4. návštěvy

### **Očekávané výsledky:**

- pacient je schopen chůze bez omezení do 14 dní
- pacientova chůze není ovlivněna bolestí do 5 dní

### **Plán intervencí:**

1. zhodnot' funkční úroveň soběstačnosti pacienta pomocí Barthel testu, všeobecná sestra, při každé kontrole
2. posud' u pacienta stupeň postižení nebo poranění, při každé kontrole, všeobecná sestra
3. každou návštěvu si všímej emoční reakce pacienta při chůzi, všeobecná sestra
4. zdůrazni pacientovi, aby dbal na bezpečnost chůze a prevenci pádů, všeobecná sestra, při každé návštěvě
5. při každé návštěvě pacienta, zhodnot' chůzi, všeobecná sestra
6. informuj pacienta, jak zajistit doma bezpečné prostředí, při první návštěvě, všeobecná sestra

### **Realizace intervencí**

#### **11. 07. 2016**

Pacient byl kvůli otoku palce dolní končetiny limitován v chůzi. V den návštěvy byl s pacientem vyplněn a vyhodnocen Barthel test soběstačnosti v základních činnostech. Pacient dosáhl celkem 80 bodů, tedy lehká závislost. Podle VAS škály byla míra bolesti vyhodnocena jako omezující, pacient měl problémy v oblasti pohyblivosti. Při vstupu do ordinace byl na pacientovi vidět psychický neklid, při chůzi měl v obličeji bolestivý výraz. Bylo mu zdůrazněno, aby dbal na vlastní bezpečnosti při pobytu. Pacientovi bylo doporučeno, upravit domácí prostředí, tak aby předešel dalším poraněním či pádu.

#### **13. 07. 2016**

Na další kontrole se pacient cítil mnohem lépe, míra bolesti již pacienta v chůzi limitovala méně. Díky zmenšení otoku palce se pacient mohl lépe pohybovat v Barthel testu 85. Doma odstranil nebezpečné překážky.

#### **15. 07. 2016**

Při další kontrole byl pacientovi opět udělán Barthel test, u kterého mu bylo naměřeno 85 bodů. Z pacientova výrazu při chůzi nebyly znát bolestivé grimasy. Pacientovi již nedělalo, problém chodit delší vzdálenosti.

### **Hodnocení dne 01. 08. 2016**

Cíl byl splněn, chůze pacienta již nebyla ničím ovlivněna. V Barthel testu bylo naměřeno 95 bodů. Pacient byl schopen vykonávat běžné denní aktivity.

### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: OBEZITA 00232**

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Stav, při kterém se u člověka hromadí abnormální nebo nadměrný tuk vzhledem k jeho věku a pohlaví, který překračuje úroveň nadváhy.

Priorita: Střední

Určující znaky:  $BMI > 30 \text{ kg} / \text{m}^2$

Související faktory: neomezování se v jídle

#### **Cíl krátkodobý:**

- pacient si je vědom závažnosti svého stavu, rozhodne se vyhledat odbornou pomoc, má zájem na snížení své tělesné hmotnosti, do 2 dnů

#### **Cíl dlouhodobý:**

- pacient postupně snižuje svou tělesnou hmotnost, a osvojil si dietní opatření do poslední kontroly

#### **Očekávané výsledky:**

- pacient si je vědom rizik, které obezita způsobuje do 1 dne
- pacient si osvojí změnu životního stylu do poslední kontroly
- pacient si osvojí změnu způsobu příjmu potravy – kvantity i kvality, do druhé kontroly
- pacient zvýší svou pohybovou aktivitu, do 1 měsíce
- pacient sníží svou tělesnou hmotnost, do poslední kontroly

#### **Plán intervencí**

1. zjistí nutriční stav pacienta, při první návštěvě, pomocí BMI, všeobecná sestra
2. rozhovorem s pacientem zjistí, jaký přístup má k jídlu, všeobecná sestra, při první návštěvě
3. seznam se s druhy potravin a množstvím jídla pacienta, při první návštěvě, všeobecná sestra
4. motivuj pacienta ke snížení tělesné hmotnosti, všeobecná sestra, při každé kontrole
5. zaznamenej do dokumentace váhu pacienta, všeobecná sestra, při každé kontrole
6. informuj pacienta o důležitosti diety při dnavé artritidě, při každé kontrole, všeobecná sestra
7. poskytni pacientovi informace o dietě, všeobecná sestra, každou návštěvu
8. nabídni pacientovi vzorový jídelníček, při první návštěvě, všeobecná sestra
9. informuj pacienta o možnosti návštěvy nutričního terapeuta, při první návštěvě, všeobecná sestra

## **Realizace intervencí**

### **11. 07. 2016**

Pacientovi bylo změřeno BMI, které při váze 118 kg a výšce 180 cm činilo 36, tedy obezitu II. stupně. Pacient byl s výsledkem seznámen. Po rozhovoru s ním bylo zjištěno, že má kladný vztah k jídlu, a že dietu, kterou by měl vzhledem ke svému onemocnění držet, zásadně nedodržuje. Převládají u něho uzeniny, vepřové a hovězí maso, z vnitřností má nejraději játra. Pacient byl poučen o negativních dopadech obezity na lidský organizmus a jeho pohybový aparát. Pacient byl poučen o důležitosti diety, při dnavém onemocnění. Pacientovi byla nabídnuta edukační karta na téma Akutní dnavý záchvat a Vzorový jídelníček při hyperurikémii. Pacientovi byla navrhnutá spolupráce s nutričním terapeutem.

### **13. 07. 2016**

Pacient si uvědomil závažnost svého zdravotního stavu. Rozhodl se svou životosprávu změnit a vyhledal si pomoc nutričního terapeuta. Nutriční terapeut mu sestavil jídelníček na celý měsíc i s ohledem na dnavou artritidu. Na další kontrolu u nutričního terapeuta byl pacient objednan za dva týdny.

## **Hodnocení dne 01. 08. 2016**

Cíle bylo dosaženo, pacient snížil svou tělesnou hmotnost o 2 kila. Pacient změnil svůj životní styl a zvýšil svou pohybovou aktivitu. Pro zlepšení své fyzické kondice se rozhodl jezdit na kole. A i nadále chce držet dietu a navštěvovat nutričního terapeuta.

## **CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE**

71 letý pacient navštívil dne 11. 07. 2016 ordinaci praktického lékaře pro akutní bolest palce dolní končetiny. Po vyšetření mu byla stanovena diagnóza akutní dnavý záchvat. Pacient byl od počátku unavený a úzkostlivý. Při návštěvě pacienta u praktického lékaře byly identifikovány ošetrovatelské problémy. V bakalářské práci byly identifikovány ošetrovatelské problémy 1. den, tedy od první návštěvy pacienta, problémy byly nalezeny v oblastech podpory zdraví, výživy, vylučování a výměny, aktivitě/odpočinku, zvládnání/tolerance zátěže, bezpečnosti/ochrany a komfortu. Dále byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, krátkodobé a dlouhodobé cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Realizace individuální péče probíhala dle stanovených intervencí v rozsahu 4 kontrol pacienta. Hodnocení bylo provedeno při poslední kontrole. Celkově můžeme hodnotit péči za velmi efektivní a pro pacienta přínosnou, bez vzniku komplikací. Pacient se snažil vždy spolupracovat. Velké psychické podpory se mu dostavilo od jeho rodiny, která se zapojila do péče. Protože pacient začal jezdit na jízdním kole, plánuje mu rodina koupit nové elektro kolo, které mu bude vzhledem k jeho věku šetřit kolena. V plánu dalších měsíců má pacient naplánovaná sezení u nutričního terapeuta, se kterým se snaží zhubnout a také předejít dalším komplikacím v rámci dnavých záchvatů.

## 10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem bakalářské práce na základě informací, které byly čerpány z odborné literatury zabývající se tématem dnavé artritidy, a také zkušenostmi s péčí o pacienty s tímto onemocněním bylo sepsáno doporučení pro praxi pro všeobecné sestry a pro pacienta.

### Doporučení pro sestry:

- vnímat pacienta jako bio-psycho-sociální bytost,
- přistupovat k pacientovi holisticky,
- důležitým cílem sestry je naučit pacienta s dnavou artritidou žít,
- edukovat pacienta o dietních opatřeních při dnavé artritidě a pohybové aktivitě,
- pacienta podporovat a dodávat mu odvalu při akutním onemocnění nebo při změně životního stylu,
- poskytnou dostatek informací o dnavé artritidě,
- u pacienta s dnavou artritidou provádět screeningová vyšetření (BMI, sledování bolesti, nutriční screening, Barthel test atd.),
- pacientova důvěra je nejdůležitější, proto je důležité ji získat, např. tím, že se zajímáme o pacientovi problémy,
- v péči o pacienta s dnavou artritidou musí být sestra empatická a brát v potaz jeho prožívání nemoci,
- důležité je, aby si sestra udělala čas a mluvila s pacientem o všech jeho obavách a pocitech spojené s dnavou artritidou,
- nevyhýbat se očnímu kontaktu s pacientem, protože očním kontaktem získáme důvěru pacienta,
- je vhodné do léčby dnavé artritidy zapojit rodinné příslušníky,
- aktivně získávat nové informace, postupy a poznatky v problematice dnavé artritidy a dalších onemocnění s dnavou artritidou spojených,
- aktivně nabízet pacientovi pomoc, poskytovat dostatek informací o dnavé artritidě formou informačních letáků nebo doporučit odbornou pomoc nutričního terapeuta,
- sledovat verbální i neverbální projevy pacienta.

Při péči o pacienta s dnavou artritidou se sestra setká se stížnostmi pacienta na bolest, ranní ztuhlost, únavu, zhoršený spánek, zhoršenou chůzi, poruchu soběstačnosti nebo pocit strachu nebo úzkosti.

### **Doporučení pro pacienta:**

- nepodceňovat varovné signály svého těla,
- trvale udržovat dostatečný příjem tekutin, ideální je vypít 2–3 l denně,
- redukovat svoji hmotnost, postupovat se musí ale pomalu, příliš rychlé hubnutí nebo přísná dieta nebo půst může vyvolat záchvat,
- snažit se omezit i drobné úrazy kloubů, nosit vhodnou obuv,
- dodržovat racionální dietu a vybírat potraviny podle s ohledem na jejich obsah purinů,
- včas vyhledat odbornou pomoc,
- dodržovat léčebná režimová nařízení a doporučení,
- v léčbě spolupracovat jak s lékařem, tak i s všeobecnou sestrou,
- zvýšit pohybovou aktivitu.



## ZÁVĚR

Artritis urica patří mezi onemocnění, jehož výskyt byl popsán již v historii. Je to jedno z nejčastějších onemocnění v revmatologii. V období akutního záchvatu je to jedna z nejbolestivějších forem zánětlivé artritidy. Přítomnost hyperurikemie je rizikovým faktorem rozvoje dnave artritidy. Cílem terapie je zabránění kloubního a ledvinného onemocnění.

Cílem této bakalářské práce bylo popsat medicínskou, ošetrovatelskou a psychosociální problematiku u nemocného s artrititis urica. Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta a roli sestry. Dále byl navržen a realizován ošetrovatelský plán u vybraného pacienta s artrititis urica. Tento cíl byl splněn.

V teoretické části byla stručně popsána problematika dnave artritidy. Důležitou část tvoří specifika ošetrovatelské péče, a také pohled na ošetrovatelskou a psychosociální problematiku pacienta s dnovou artritidou nemocného. Praktická část práce představuje vytvoření ošetrovatelského plánu podle modelu Marjory Gordon, který byl sepsán u vybraného pacienta v ordinaci praktického lékaře. Jejím obsahem je popsání pacientovy kazuistiky od první návštěvy pacienta až do poslední kontroly.

Cílem ošetrovatelské péče bylo posoudit zdravotní stav pacienta a podle NANDA I taxonomie II následně postupovat v realizaci a řešení ošetrovatelských diagnóz.

Práce je určena zdravotnickým pracovníkům, ale může také posloužit laické veřejnosti. K bakalářské práci byl vytvořen edukační leták pro pacienty a Artritis urica, a také pro klinickou praxi.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- CVRČKOVÁ, L. a kolektiv. *Krátké intervence*. In: kratke-intervence.info [online] [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: [http://kratke-intervence.info/wp-content/uploads/2017/02/P%C5%99%C3%ADloha-%C4%8D.-1-Manu%C3%A1l\\_Kr%C3%A1tk%C3%A9-intervence\\_SZ%C3%A2016.pdf](http://kratke-intervence.info/wp-content/uploads/2017/02/P%C5%99%C3%ADloha-%C4%8D.-1-Manu%C3%A1l_Kr%C3%A1tk%C3%A9-intervence_SZ%C3%A2016.pdf)
- FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv, 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
- HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G., 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.
- KUŽELA, L., STEJSKALOVÁ, V., 2007. *Dna – nemoc králů. Je nutná bezpurinová dieta?* Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-5-3.
- MOROVICSOVÁ, E., 2006, *Nemoc v prožívání člověka*. In: Sestra [online]. 4(6) [cit. 2017-01-30]. ISSN 1210-0404 Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nemoc-v-prozivani-cloveka-277577>
- MÜLLER, S., WEISSENBERGER, CH., 2006. *Zdravá a chutná strava při onemocnění dnou*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-118-8.
- NANDA INTERNACIONAL Inc, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NUSSBAUEROVÁ, B., ROSOLOVÁ H., 2010. *Metabolický syndrom a kardiovaskulární riziko*. In: lékařské listy [online] 5(10) [cit. 2017-03-05]. ISSN 0044-1996 Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/metabolicky-syndrom-a-kardiovaskularni-riziko-450201>
- OLEJÁROVÁ, M., 2011. *Dnavá artritida*. In: Medicína pro praxi [online] 8(11): 299-301 [cit. 2017-01-20]. ISSN 1803-5310 Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/02.pdf>
- OLEJÁROVÁ, M. 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-115-4.

OLEJÁROVÁ, M., KONRÁDOVÁ, J., 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2455-6.

PAVELKA, K., 2012. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-295-7.

PAVELKA, K. et al., 2010. *Revmatologie. Druhé přepracované vydání*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-688-5.

PAVELKA, K., 2008. *Dnavá artritida – Podceňovaný problém gerontologie*. In: Česká geriatrická revue [online] 6(2): 67-72 [cit. 2017-02-08]. ISSN 1214-0732 Dostupné z: <http://www.aliud.de/media/36804/gicht.pdf>

PLEVOVÁ, I. A kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, A. a kolektiv, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

Pro Sestry. *Poměr nemocného k nemoci*. In: [prosestry.cz](http://www.prosestry.cz) [online] [cit. 2017-03-08] Dostupné z: [http://www.prosestry.cz/studijni\\_materialy/psychologie/pomer\\_nemocneho\\_k\\_nemoci](http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/pomer_nemocneho_k_nemoci)

RAUE, Wiebke, 2015. *Gicht: Zu viel Harnsäure im Blut*. In: [onmeda.de](http://www.onmeda.de) [online]. Listopad 2015 [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://www.onmeda.de/krankheiten/gicht.html>

SEIFERT, B., 2013. *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-934-3.

SOUČEK, M., NĚMEC, P., 2016. *Aktuality z vnitřního lékařství 2016, XIII. Kongres české internistické společnosti ČSL J. E. Purkyně 21. - 24. 09. 2016*. Brno: Axonite CZ. ISBN 978-80-88046-07-3.

Spektrum zdraví, 2012. *Nemoc dna dokáže udělat ze života peklo*. In: Spektrum zdraví [online]. Říjen 2012 [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/nemoc-dna-dokaze-udelat-ze-zivota-peklo>

SZÚ, 2015. *Metodika krátkých intervencí*. In: [kratke-intervence.info](http://kratke-intervence.info) [online] [cit 2017-03-14] Dostupné z: <http://kratke-intervence.info/>

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

TEPLAN, V., MENGEROVÁ, O., 2010. *Dieta a nutriční opatření u chorob ledvin a močových cest*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2208-8.

TRACHTOVÁ, E. et al., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-324-4.

VAŇÁSEK, J. et al., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-769-8.

VOKURKA, M., HUGO, J., 2007. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-130-1.

ZACHAROVÁ, E., 2013. *Základy zdravotnické psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 987-80-7464-275-3.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie- teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

ŽUREK, M. 2006 *Patogeneze, diagnostika a léčba dny*. In: proLékaře.cz [online] 7-8 (6): 736-741 [cit. 2017-03-17]. ISSN 1801-7592 Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?id=v1\\_06\\_07\\_12.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?id=v1_06_07_12.pdf)

ŽUREK, M.; HORÁK, P. 2007 *Dnavá artritida a hyperurikémie*. In: Medicína pro praxi [online] 4 (1): 17-20 [cit. 2016-12-15]. ISSN 1803-5310 Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/04.pdf>

# PŘÍLOHY

Příloha A - Čestné prohlášení.....	II
Příloha B - Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci .....	III
Příloha C - Historie Arthritis urica .....	IV
Příloha D - Vyplněné dotazníky krátkých intervencí.....	V
Příloha E - Edukační leták.....	XVII
Příloha F - Tabulka s obsahem purinů v potravinách.....	XIX
Příloha G - Tabulka hodnocení bolesti dle Melzacka .....	XX
Příloha H - Obrázek Numerická hodnotící škála.....	XXI
Příloha I - Obrázek VAS škála .....	XXII
Příloha J - Rešerše .....	XXIII

## Příloha A - Čestné prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s Artritis urica“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 18.03.2017

Sára Ryklová

# Příloha B - Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



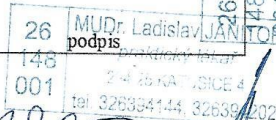
## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	RYKLOVA' SARA	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ' SESTRA	Ročník 3. AVS
Téma práce	KOMPLEXNÍ' OŠETŘOVATELSKÁ' PÉČE O PACIENTA S ARTRITIS URICA	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	MUDr. Ladislav Janitor ordinaace praktického lékaře	
Jméno vedoucího práce	PhD. Jana Hlinovská, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Hlinovská</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

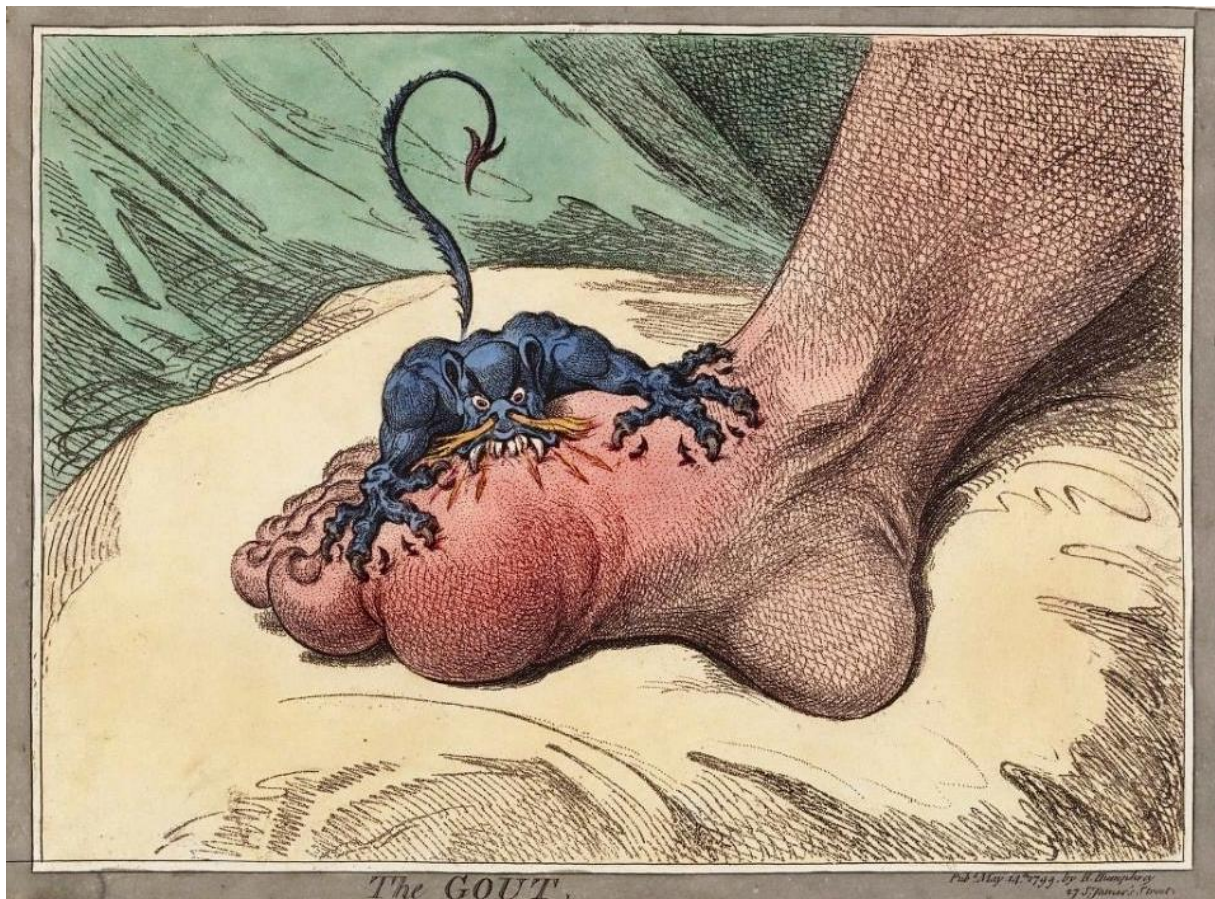
v. Praze ..... dne 17.3.2017

*Ryklova*  
podpis studenta



## Příloha C - Historie Arthritis urica

Historie dny je známá už tisíciletí. Tato nemoc byla považována za nemoc blahobytu. První zmínka o dně byla zaznamenána u indických Védů, další záznamy pocházejí z Persie a Egypta. Nejstarší zmínka o české kuchyni pochází z Kosmovy kroniky. Jídelníček evropských vládařů a šlechticů byl sestavený především z velice kořeněného masa a s vysokou konzumací alkoholu, a tak se dá říct, že tyto faktory přispívaly ke vzniku dny. V roce 1679 holandský vědec Anthony van Leeuwenhoek poprvé popsal vzhled krystalků kyseliny močové pod mikroskopem. V roce 1799 se akutní dnavý záchvat popisoval jako napadení démonem nebo drakem. Až v roce 1848 bylo zjištěno, že příčinou dny je nadměrné množství krystalků kyseliny močové, s tímto objevem přišel anglický lékař a revmatolog sir Alfred Baring Garrot (KUŽELA, STEJSKALOVÁ, 2007).



Zdroj: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Dna>



## Příloha D - Vyplněné dotazníky krátkých intervencí

Identifikační číslo:	XY				
Věk:	<input type="checkbox"/> 15 – 25	<input type="checkbox"/> 26 – 35	<input type="checkbox"/> 36 – 55	<input type="checkbox"/> 56 – 65	<input checked="" type="checkbox"/> >65
<input checked="" type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena	váha: 119	výška: 180	Vzdělání: <input type="checkbox"/> ZŠ	<input checked="" type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ
kouření: <input type="checkbox"/> ano	<input checked="" type="checkbox"/> ne	alkohol: <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> příležitostně	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelně	
převážně žijí v obci:	<input checked="" type="checkbox"/> do 2 000 obyvatel	<input type="checkbox"/> 2 000 – 30 000 obyvatel	<input type="checkbox"/> > 30 000 obyvatel		

### Dotazník po provedené intervenci – KOUŘENÍ

Máte v úmyslu omezit kouření? ~~ano-ne~~

Rozhodla jste se zcela zanechat kouření? ~~ano-ne~~

Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ~~ano-ne~~

Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí? ~~ano-ne~~

### Dotazník po provedené intervenci – ALKOHOL

Máte v úmyslu omezit pití alkoholických nápojů? ~~ano-ne~~

Rozhodla jste se zanechat pití alkoholických nápojů? ~~ano-ne~~

Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ~~ano-ne~~

Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí? ~~ano-ne~~

### Dotazník po provedené intervenci – VÝŽIVA

Máte v úmyslu upravit své stravovací zvyklosti? ~~ano-ne~~

Rozhodl/a jste se zásadně změnit svůj jídelníček? ~~ano-ne~~

Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ~~ano-ne~~

Je pro Vás tato forma intervence zásahem do soukromí? ~~ano-ne~~

### Dotazník po provedené intervenci – POHYBOVÁ AKTIVITA

Máte v úmyslu zvýšit svoji pohybovou aktivitu? ~~ano-ne~~

Rozhodla jste se zvýšit? ~~ano-ne~~

Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ~~ano-ne~~

Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí? ~~ano-ne~~

Dotazník po provedené intervenci – prevence HIV/AIDS a STD

Myslíte si, že vaši blízcí se dostatečně chrání před nákazou HIV? ~~ano-ne~~

Mluvil jste někdy se svými dětmi /dětmi/známými/příbuznými,  
jak se chránit před HIV a pohlavními chorobami? ~~ano-ne~~

Ukázal byste obrazové karty svým dětem/známým/příbuzným ~~ano-ne~~

Dozvěděli jste se z karet nové informace? ~~ano-ne~~

Dotazník po provedené intervenci – CHŘÍPKA

Považujete rozhovor za přínosný? ~~ano-částečně-ne~~

Získal/a jste díky kartě a rozhovoru nové informace o této nákaze a její prevenci? ~~ano-ne~~

Uvažujete o očkování proti chřipce? ~~ano-ne-nevím~~

Považujete tento způsob rozhovoru za zásah do soukromí? ~~ano-ne~~

Identifikační číslo: X4

Věk  15 – 25  26 – 35  36 – 55  56 – 65  >65

muž  žena váha: 118 výška: 180 Vzdělání:  ZŠ  SŠ  VŠ

kouření  ano  ne alkohol  ne  příležitostně  pravidelně

převážně žijí v obci  do 2 000 obyvatel  2 000 – 30 000 obyvatel  > 30 000 obyvatel

Až zaškrtnete odpovědi u jednotlivých otázek, sečtete čísla, uvedená před těmito odpověďmi. Hodnocení je uvedeno v závěru testu.

### Dotazník AUDIT

#### 1. Jak často pijete alkoholické nápoje (včetně piva)?

- 0 – Nikdy  
 1 – Jednou za měsíc či méně často  
 2 – 2–4x za měsíc  
 3 – 2–3x týdně  
 ④ – 4x nebo vícekrát týdně

#### 2. Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru dvanáctistupňového piva, dvěma decilitrům přírodního vína nebo 0,05 litru destilátu)

- 0 – Nejvýše 1  
 ① – 1,5 až 2  
 2 – 2,5 až 3  
 3 – 3,5 až 3  
 4 – 5 a více

#### 3. Jak často vypijete tři nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

- 0 – Nikdy  
 1 – Méně než jednou za měsíc  
 2 – Každý měsíc  
 ③ – Každý týden  
 4 – Denně nebo téměř denně

#### 4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopni/přestat pít, když začnete?

- ① – Nikdy  
 1 – Méně než 1x za měsíc  
 2 – Každý měsíc  
 3 – Každý týden  
 4 – Denně nebo téměř denně

**5. Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců nebyl schopen / nebyla schopna udělat to, co se od Vás běžně očekává?**

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

**6. Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po nadměrném pití z předchozího dne?**

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

**7. Jak často jste měl/měla během posledních 12 měsíců pocitu viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?**

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – 1x za měsíc
- 3 – 1x za týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

**8. Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?**

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

**9. Byl/byla jste vy nebo někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?**

- 0 – Nikdy
- 2 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících
- 4 – Ano, během posledních 12 měsíců

**10. Byl někdo z vašich příbuzných nebo přátel či nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen vaším pitím a navrhoval Vám, abyste pili méně nebo abyste úplně přestal/přestala?**

- 0 – Nikdy
- 2 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících
- 4 – Ano v posledních 12 měsících

### Hodnocení dotazník AUDIT

vypíšte dotazník a sečtete body za jednotlivé otázky. Body jsou uvedeny nahoře nad každým sloupcem. Sečtením všech bodů získáte celkový skór.

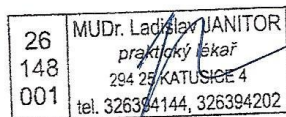
#### Celkové orientační hodnocení

- Celkové skóre < 8 (u osob na 65 let <7) - není indikátorem škodlivého pití. Pokračujte podrobným hodnocením.
- Celkové skóre > 8 (u osob na 65 let >7) - existuje riziko škodlivého pití.
- Celkové skóre 8-15 - představuje střední úroveň problémů s alkoholem.
- Celkové skóre 16 -19 - představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem.
- Celkové skóre >20 - indikuje závislost na alkoholu.

#### Podrobné hodnocení

- Otázky 2 a 3: u každé z těchto otázek více jak 1 bod indikuje rizikové pití
- Otázky 4, 5 a 6: u každé z těchto otázek skór více jak 1 bod indikuje riziko závislosti.

Otázky 7,8,9,10: u každé z těchto otázek získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu. Jste na alkoholu závislí. Poradte se s odborníkem na specializovaných pracovištích.



Identifikační číslo: X4

Věk  15–25  26–35  36–55  56–65  >65

muž  žena váha: 118 výška: 180 Vzdělání:  ZŠ  SŠ  VŠ

kouření  ano  ne alkohol  ne  příležitostně  pravidelně

převážně žijí v obci  do 2 000 obyvatel  2 000 – 30 000 obyvatel  > 30 000 obyvatel

Dotazník nutriční skóre

1. Dáváte přednost celozrnnému pečivu? (pečivo se semínky, žitné pečivo, grahamové pečivo)/ Pro celiaky: Sníte za den alespoň 3 porce obilovin (rýže, jáhly, quinoa, pohanka, bezlepkové pečivo apod.)? / Pro nemocné ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou: „Sníte za den alespoň 3 porce povolených obilovin?“ Porci je myšleno: 1 krajíc chleba cca 60g, 1 miska vloček cca 50g, vařená rýže a těstoviny cca 125g.
 

ANO / ~~NE~~
1. Sníte za den alespoň 3 kusy zeleniny? (počítáno i se zeleninou tepelně upravenou - špenát, zelí, mrkev)
 

ANO / ~~NE~~
2. Sníte za den alespoň 2 kusy čerstvého ovoce?
 

~~ANO~~ / NE
3. Jíte pravidelně? (tzn. každé 2,5 – 3 hodiny nebo 3-5 denních jídel)
 

~~ANO~~ / NE
4. Pijete denně mléko nebo jíte mléčné výrobky?
 

~~ANO~~ / NE
5. Vyhýbáte se uzeninám (salámy, šunky, párky)?
 

~~ANO~~ / NE
6. Jíte 1-2x týdně ryby (sladkovodní i mořské)?
 

ANO / ~~NE~~
7. Dáváte přednost libovým druhům masa? / Pro vegetariány: Jíte pravidelně, tj. 2-3x týdně, luštěniny?
 

ANO / ~~NE~~
8. Dáváte přednost rostlinným tukům (řepkový, olivový olej) místo sádla a másla?
 

ANO / ~~NE~~
9. Sladkosti a pochutiny (brambůrky) jím maximálně 1-2x týdně.
 

ANO / ~~NE~~

Součet odpovědí ANO je výsledným počtem bodů: 3

Vyhodnocení dotazníku nutričního skóre

0-4 body: Vaše výživa je nedostatečné kvality, doporučujeme nápravu Vašich stravovacích zvyklostí.

5-7 bodů: Vaše výživa je uspokojivá. Pro zvýšení kvality by bylo vhodné udělat pár drobných změn.

8-10 bodů: Vaše výživa je optimální

26	MUDr. Ladislav JANITOR
148	praktický lékař
001	294 25 KATUŠICE 4
	tel. 326394144, 326394202

Identifikační číslo: XY

Věk  15 – 25  26 – 35  36 – 55  56 – 65  >65

muž  žena váha: 118 výška: 180 Vzdělání:  ZŠ  SŠ  VŠ

kouření  ano  ne alkohol  ne  příležitostně  pravidelně

převážně žiji v obci  do 2 000 obyvatel  2 000 – 30 000 obyvatel  > 30 000 obyvatel

### Dotazník pohybové aktivity

1. Každý den mám alespoň 30 minut pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce). ANO/NE
2. Každý den mám alespoň 1 hodinu pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce). ANO/NE
3. Pokud možno, vždy používám schody místo výtahu/eskalátoru. ANO/NE
4. Pohybová aktivita mě baví a těším se na ni. ANO/NE
5. Přes den nikdy nesedím víc než hodinu v kuse. ANO/NE
6. Pravidelně praktikuji nějaký druh posilování svalů (se závažím nebo vlastní vahou). ANO/NE
7. Aktivně vyhledávám každou možnost zvýšit přirozenou pohybovou aktivitu v každodenních činnostech. ANO/NE
8. Dlouhodobě se věnuji nějakému druhu sportu (ve skupině nebo individuálně). ANO/NE
9. Pravidelná pohybová aktivita je nevyhnutelnou součástí mé práce/způsobu života. ANO/NE
10. Svůj volný čas trávím převážně aktivně. ANO/NE



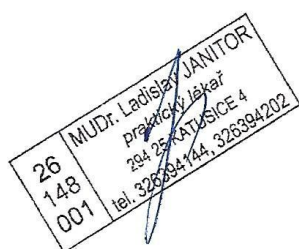
Součet odpovědí ANO je výsledným počtem bodů: 4

Hodnocení pohybové aktivity

0-3 body: nedostatečná

4-6 bodů: uspokojující

7-10 bodů: optimální



Identifikační číslo: XY

Věk:  15 – 25  26 – 35  36 – 55  56 – 65  >65

muž  žena váha: 118 výška: 180 Vzdělání:  ZŠ  SŠ  VŠ

kouření:  ano  ne alkohol:  ne  příležitostně  pravidelně

převážně žijí v obci:  do 2 000 obyvatel  2 000 – 30 000 obyvatel  > 30 000 obyvatel

#### Dotazník prevence sezónní chřipky

##### 1. Které tvrzení o chřipce je dle Vás správné?

- Chřipka je onemocnění dýchacích cest, které se projevuje rýmou, kašlem a zvýšenou teplotou.
- Chřipka je závažné celkové onemocnění, které se projevuje suchým kašlem, horečkou, bolestí hlavy, svalů a kloubů, hrozí při ní zápal plic nebo zánět srdce a člověk na ni může zemřít.

##### 2. Využíváte možnost očkování proti chřipce?

- ANO, pravidelně každý rok - přejděte na otázku č. 4
- ANO, nepravidelně
- NE, ale uvažuji o tom
- NE, nevím o této možnosti
- NE, nemám o toto očkování zájem – přejděte na otázku č. 3

##### 3. Pokud NE, jaký je rozhodující důvod? (můžete zaškrtnout více možností)

- chřipka pro mne není závažným onemocněním
- bojím se injekcí
- po předchozím očkování jsem stejně onemocněl/a chřipkou
- po předchozím očkování jsem měl/a nežádoucí reakce

měl/a jsem negativní informace o následcích očkování od svých známých

cena vakcíny

očkování mi nedoporučil lékař

nemám dostatek informací o užitečnosti a účinnosti tohoto očkování

4. Domníváte se, že onemocnění chřipkou může člověka až ohrozit na životě?

ANO

NE

nedokáži posoudit

5. Myslíte si, že máte dostatečné informace o očkování proti chřipce?

ANO

NE

nedokáži posoudit

6. Jakým způsobem jste získal/a nejvíce informací o očkování proti chřipce? (můžete zaškrtnout více možností)

od praktického lékaře či specialisty

od zdravotní pojišťovny

na internetu

na sociální síti

od přátel, známých, příbuzných

už si nepamatuji

nezajímám se o toto onemocnění

7. Kde jste získala nejvíce informací o očkování proti chřipce?

z letáků

z plakátu

z rozhlasového vysílání

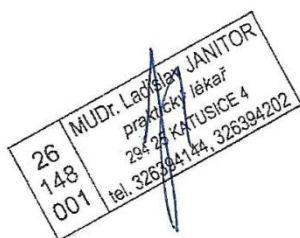
z televizního vysílání

z knih nebo časopisů

z newsletteru

ústní rada

už si nepamatuji



## Příloha E - Edukační leták



Vysoká škola zdravotnická a. p. s., Dušková 7, Praha 5, 150 00



Vysoká škola zdravotnická a. p. s., Dušková 7, Praha 5, 150 00

Informační leták byl zpracován jako výstup bakalářské práce  
na téma:

### **Komplexní ošettřovatelská péče o pacienta s Artritís urica**

**Zdroje:**  
MÜLLER, S., WEISSENBARGER, CH., 2006. Zdravá a chutná strava při onemocnění dny. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-118-8.  
Symptomny, 2012. Dna. In: symptomny.cz [online]. Duben 2012 [cit. 2017-20-03].  
<http://www.symptomny.cz/priznaky/dna>

Vypracovala: Sár a Ryklová

Obor: Všeobecná sestra

Praha 2017

## VZOROVÝ JÍDELNÍČEK PŘI

### HYPERURIKÉMII

#### SNÍDANĚ

1 celozrnná houska, 10 g másla, 25 g džemu, 1  
sklenice ovesné šňůčky, 1 šálek kávy nebo čaje

#### SVAČINA

1 jablko, 1 sklenice minerálky (může být ochucená  
čerstvým citrónem)

#### OBĚD

Zeleninové lasagne, 1 – 2 sklenice minerálky

#### SVAČINA

Jogurt bílý, 2 šálky čaje

#### VEČEŘE

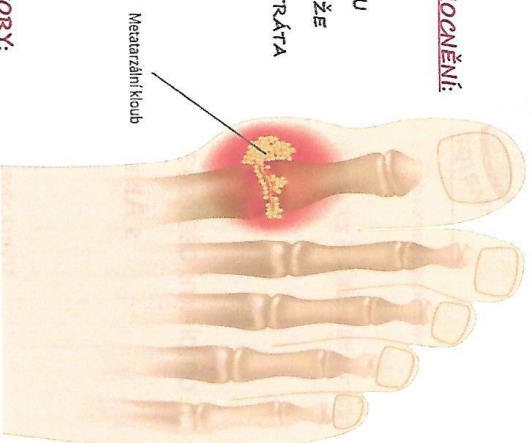
1 kousek tvrdého chleba, 10 g másla, 1 plátek sýra  
rajčatový salát, 1 sklenice ovesné šňůčky, 1 šálek čaje

## AKUTNÍ DNANÝ ZÁCHVAT

- závaživé onemocnění kloubu, zpravidla palce  
dolaní končetiny

#### PROJEVY ONEMOCNĚNÍ:

- > BOLEST
- > OTOK KLoubU
- > NAPĚTÁ KŮŽE
- > DOČASNÁ ZTRÁTA  
HYBNOSTI



#### RIZIKOVÉ FAKTORY:

- > OBEZITA
- > ↓ HLADINA KYSELINY MOČOVÉ
- > ŠPATNÁ ŽIVOTOPRÁVA (postraviny s ↑ obsahem purinů ve  
stravě)
- > ↑ KONZUMACE ALKOHOLU

Příloha F - Tabulka s obsahem purinů v potravinách

<b>POTRAVINA (100 g)</b>	<b>PURINY (mg)</b>	<b>POTRAVINA (100 g)</b>	<b>PURINY (mg)</b>
Mouka pšeničná	0	Špenát	23
Cibule	1	Šunka	24
Hrušky	1	Slanina	25
Jablka	1	Ovesné vločky	30
Mléko	1	Husa	33
Pomeranče	1	Králík	38
Švestky	1	Zajíc	38
Víno-hrozný	1	Srnčí	39
Borůvky	2	Kuře	40
Mrkev	2	Maso hovězí	40
Vejsce 100 g = 2ks	2	Mozek	40
Okurky	3	Fazole	44
Pór	3	Hrách	45
Rajčata	4	Maso skopové	46
Fazolové lusky	5	Maso telecí	48
Hlávkový salát	5	Maso vepřové	48
Jahody	5	Kapr	54
Kedlubna	5	Jazyk	55
Pažitka	5	Pstruh	56
Zelí bílé	5	Sleď	69
Brambory	6	Čočka	70
Kapusta	6	Holoubě	80
Ředkvičky	6	Hrášek zelený	80
Česnek	8	Ledvinky	80
Pečivo běžné	8	Maso koňské	80
Zelí červené	8	Játra	95
Celer	10	Slezina	104
Květák	10	Sardinky	120
Chléb celozrný	14	Brzlík	400
Chřest	14	Sardinky v oleji	540
Petrželka	17	Slaneček	790
Losos	22	Kakaový prášek	1900

Zdroj: TEPLAN, MENGEROVÁ, 2010, S. 181

## Příloha G - Tabulka hodnocení bolesti dle Melzacka

### Denní záznam bolesti podle Melzacka

- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 – krutá
- 5 – nesnesitelná

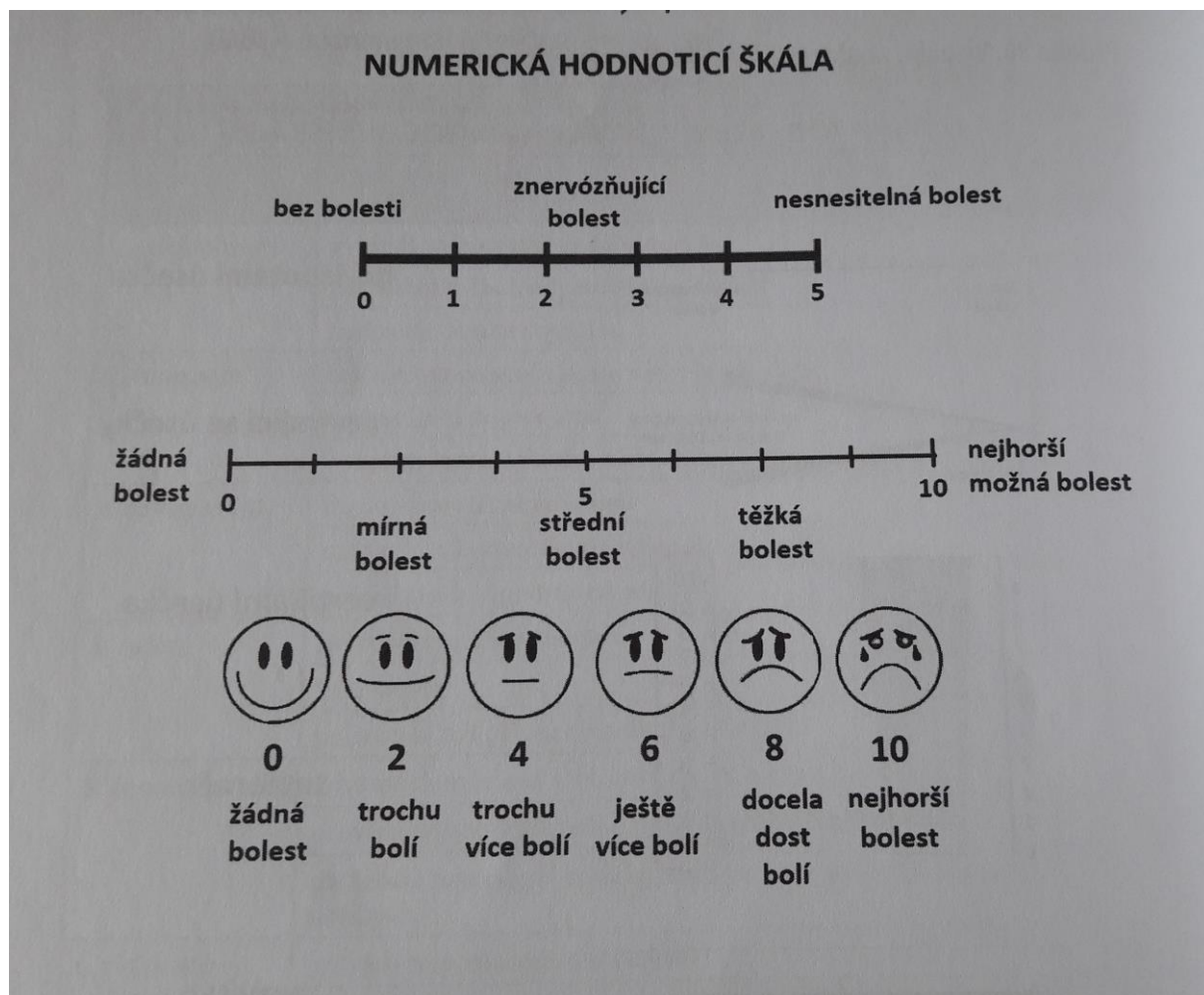
Uveďte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tišení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

Zdroj: VAŇÁSEK, 2014

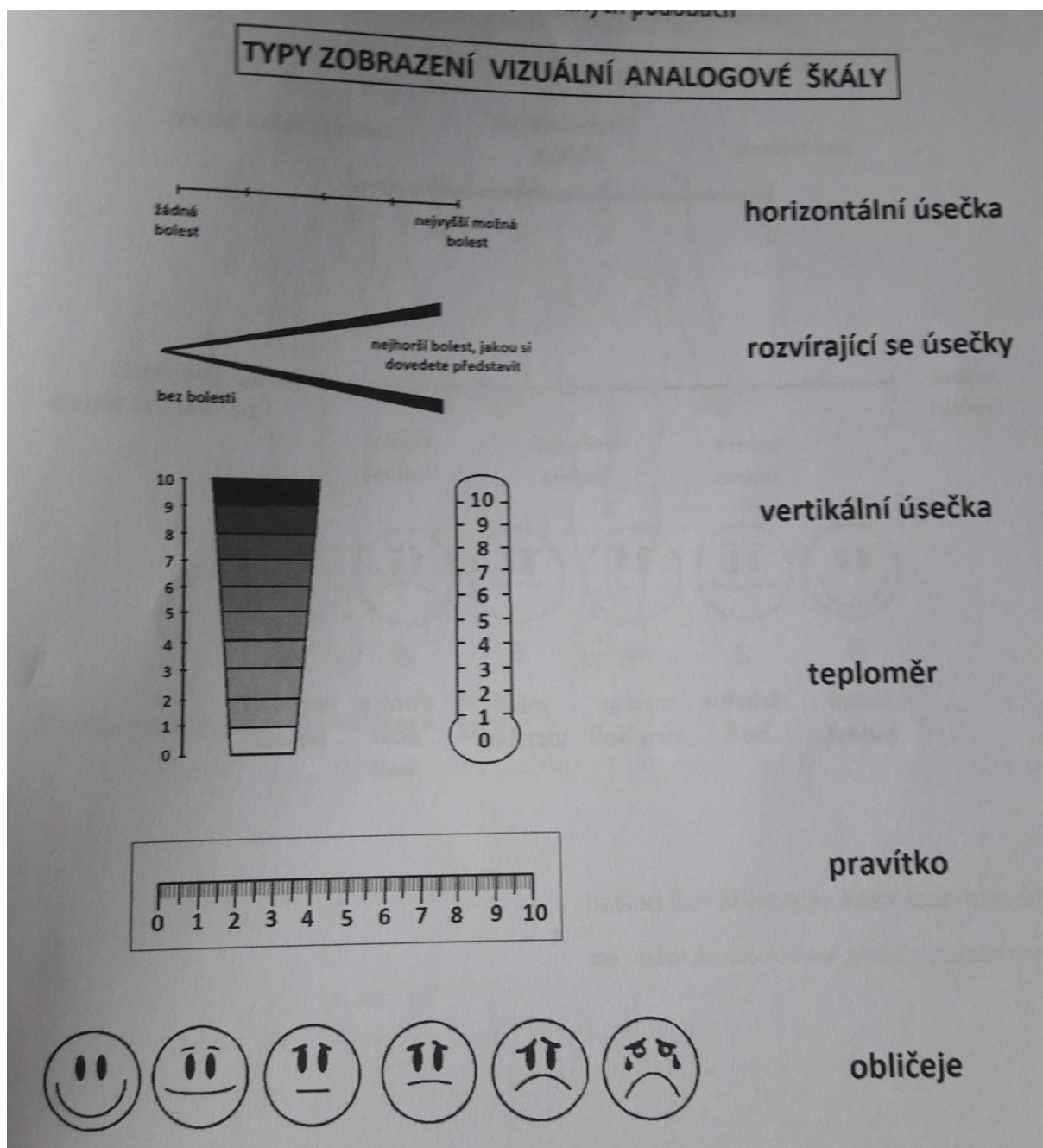


## Příloha H - Obrázek Numerická hodnotící škála



Zdroj: POKORNÁ, 2013, S. 178

# Příloha I - Obrázek VAS škála



Zdroj: POKORNÁ, 2013, S. 177

Příloha J - Rešerše

## **KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ARTRITIS URICA**

Sára Ryklová

Jazykové vymezení: čeština.

Klíčová slova: dnavá artritida, revmatologie, potřeby nemocného, zdravotnická psychologie.

Časové vymezení: 2006-2016

Druhy dokumentů: knihy, články, elektronické zdroje.

Počet záznamů: 92 (knihy: 50, články a elektronické zdroje: 42).

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů).

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)),

- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz)).