

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

EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S DNOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA KRAMARZOVÁ, DiS.

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S DNOU

Bakalářská práce

PETRA KRAMARZOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2018



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

KRAMARZOVÁ Petra
3VSV

Schválení tématu bakalářské práce

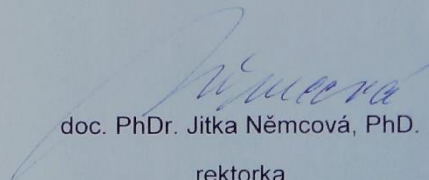
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta s dnou

Educational Process of Patient Suffering from Gout

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

V Praze dne: 31. října 2017


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. 5. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Jarmile Verešové za pedagogické vedení, rady a podporu, kterou mi po celou dobu vypracování bakalářské práce věnovala.

ABSTRAKT

KRAMARZOVÁ, Petra, DiS. *Edukační proces u pacienta s dnou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2018. 48 s.

Tématem bakalářské práce je edukační proces u pacienta s dnou. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Práce popisuje v hlavní kapitole samotné onemocnění dna, hlavní kapitola je dále rozdělena na podkapitoly a to historii, epidemiologii, příčiny, klinický obraz, diagnostiku, léčbu jak farmakologickou, tak nefarmakologickou a zdravotní problémy spojené s onemocněním. Jako další část tématu onemocnění dna tvoří specifika ošetrovatelské péče u pacientů s daným onemocněním v ambulantní, nemocniční a domácí péči a dále je práce zaměřena na úpravu stravování. Praktická část práce je zaměřena na samotnou edukaci pacienta s onemocněním dna a doporučení pro praxi pro všeobecné sestry, pacienta a rodiny.

Klíčová slova

Dna. Edukační proces. Ošetrovatelská péče. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

KRAMARZOVÁ, Petra, DiS. *Educational Process of Patient Suffering from Gout*. The College of Nursing, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Prague. 2018. 48 pages.

The subject of the bachelor thesis is the Educational Process of Patient Suffering from Gout. The thesis consists of two parts, theoretical and practical. The thesis is describing the disease as such in the main chapter, this chapter is divided into following subchapters history, epidemiology, causes of the disease, clinical picture, diagnostics, treatment of both pharmacological and non-pharmacological and health problems associated with the disease. The further part of the theme of the disease is the specificities of nursing care of patients with the given disease in outpatient, hospital and home care, and the thesis is further focused on dietary restrictions. The practical part of the thesis is focused on the patient's own education with a disease of the gout and recommendations for practice for general nurses, patient and families.

Keywords

Educational process. Gout. Nurse. Nursing care. Patient.

PŘEDMLUVA

Jako téma mé bakalářské práce jsem zvolila edukační proces u pacienta s dnou. Důvodem výběru tohoto tématu byl fakt, že o tomto onemocnění se téměř nehovoří, a také fakt, že není dostupných mnoho publikací, které by byly novějšího data. Ovšem největším důvodem bylo, že tímto onemocněním trpí generačně má rodina, momentálně můj otec. Často se mě ptá, co může přesně jíst a co nesmí a jakmile u něj toto onemocnění propukne, jsou vidět velké fyzické problémy, zvláště pak, nastoupí-li bolest. Mne samotnou toto onemocnění velice zajímá, jelikož vím o dvou případech, mladých lidí, u kterých toto onemocnění propuklo. Tím se mi také potvrdilo, že životospráva má na tomto onemocnění obrovský podíl. Za téma bakalářské práce jsem si zvolila edukaci, a to proto, že je to velice přínosné a poučné jak pro pacienty, rodinné příslušníky, tak i všeobecné sestry. Mnohokrát jsem se setkala s problémem, kdy pacient nevěděl, co tedy může pro zmírnění projevů onemocnění dělat. Pacienti s onemocněním dna často podceňují zásady správné životosprávy a nedodržují preventivní opatření. Toto pochybení příkládám především nedostatečné, či nesprávně zvolené edukaci pacienta.

Podklady pro zpracování bakalářské práce jsem získala z knižních, časopiseckých a internetových pramenů. Také jsem čerpala z dokumentace pacienta od praktického lékaře a z vlastních zkušeností ať už z domu, či z praxe.

Tato bakalářská práce je určena pro pacienty s onemocněním dna, dále pro rodinné příslušníky, kteří by se chtěli dozvědět více o dané problematice a chtěli tak napomáhat pacientovi. Práce je také určena všeobecným sestrám a jiným zdravotnickým pracovníkům, kteří pracují s pacienty s tímto druhem onemocnění. Také může být přínosná pro osoby, které zajímá daná problematika onemocnění dna a pro studenty studijního oboru Všeobecná sestra.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	12
ÚVOD	14
1 DNA	16
1.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ	16
1.2 EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ	17
1.3 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ	17
1.4 PŘÍČINY ZVYŠUJÍCÍ SE HLADINY KYSELINY MOČOVÉ	17
1.4.1 PRIMÁRNÍ PŘÍČINA	17
1.4.2 SEKUNDÁRNÍ PŘÍČINA	18
1.5 KLINICKÝ OBRAZ A PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ	18
1.5.2 AKUTNÍ DNAVÝ ZÁCHVAT	19
1.5.3 OBDOBÍ INTERKRITICKÉ DNY	19
1.5.4 CHRONICKÁ TOFÓZNÍ DNA	19
1.5.5 KOŽNÍ PROJEVY	20
1.6 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	20
1.6.2 RTG OBRAZ	21
1.6.3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA	21
1.6.4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	21
1.6.5 LÉKAŘSKÝ POSTUP PŘI DIAGNOSTICE	22
1.7 LÉČBA ONEMOCNĚNÍ	22
1.7.1 LÉČBA AKUTNÍHO DNAVÉHO ZÁCHVATU	22
1.7.2 LÉČBA V INTERKRITICKÉM OBDOBÍ	23
1.7.3 HYPOURIKEMICKÁ LÉČBA	23
1.7.4 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	24
1.8 ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY SPOJENÉ S DNOU	24
1.8.1 OBEZITA	24
1.8.2 DIABETES MELLITUS	25
1.8.3 HYPERTENZE	25
1.8.4 ONEMOCNĚNÍ LEDVIN	26
1.8.5 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ	26
1.8.6 ATEROSKLERÓZA	26

2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S DNOU	28
2.1	AMBULANTNÍ PÉČE	29
2.2	NEMOCNIČNÍ PÉČE	29
2.3	DOMÁCÍ PÉČE.....	30
3	ÚPRAVA STRAVOVÁNÍ PŘI DNĚ	31
3.1	DIETNÍ OPATŘENÍ.....	31
3.2	PITNÝ REŽIM.....	31
3.3	ALKOHOL	32
3.4	MASO A MOŘSKÉ PLODY	32
3.5	MLÉČNÉ VÝROBKY	32
3.6	OVOCE A ZELENINA	33
3.7	DIETA.....	33
3.8	TECHNOLOGICKÁ ÚPRAVA POKRMŮ	35
4	EDUKACE	37
5	EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S DNOU	40
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	body-mass index
CT	počítačový tomograf (Computer Tomograph)
ČR	Česká republika
ICHS	ischemická choroba srdeční
MRI	magnetická rezonance (Magnetic resonance imaging)
MTP	metatarzofalangeální
NSA	nesteroidní antirevmatika
RTG	rentgenové záření
WHR	waist-to-hip-ratio

(VOKURKA a kol., 2011).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Artropatie	obecné označení pro onemocnění kloubu
Aspekt	hledisko, stanovisko
Ataka	prudký záchvat nemoci
Destrukce	zničení, narušení
Detekovat	odhalovat, zjišťovat
Diagnostika	proces stanovení
Diferenciace	proces vyzrávání, rozlišování, během něhož jednotlivé buňky, tkáně a části organismu získávají specializované vlastnosti a funkce
Diuréza	množství definitivní moči vytvořené ledvinami za jednotku času
Eroze	oděrka
Erysipel	růže, hluboké zánětlivé infekční onemocnění kůže a podkoží
Exacerbace	nové vzplanutí
Exogenní	zevní, mimo lidský organismus
Fagocytóza	pohlcení a zničení cizorodého materiálu
Genetická predispozice	dědičné předpoklady
Glukóza	hroznový cukr, škrobový cukr
Habituální	obvyklý, opakující se, často ze stejné příčiny
Hypertenze	vysoký tlak
Hyperurikemie	zvýšená koncentrace kyseliny močové v krvi
Incidence	počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období
Iniciace	počátek, zahájení
Interval	časové období mezi dvěma událostmi
Klimakterium	přechod, období vyhasínání pohlavního života ženy
Kritérium	měřítka pro srovnání, posuzování

Malignity	zhoubnost
Marginální	okrajový
Marker	znak, ukazatel, který je typický pro určitý stav, chorobu, určité buňky
Nefropatie	onemocnění ledvin
Nutriční	týkající se výživy
Polydipsie	nadměrná žízeň
Prevalence	počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu
Purin	bicyklický heterocyklus charakteristický pyramidovým jádrem kondenzovaným s jádrem imidazolovým
Trauma	úraz, poranění
Uráty	solí
Volum	objem

(VOKURKA, HUGO, 2015).

ÚVOD

Dna je onemocnění, o kterém se moc nemluví a mnoho lidí ho nemá v podvědomí. Na druhou stranu je to onemocnění, které jde ruku v ruce s životosprávou, která je v dnešní době dost podceňována a málo lidí ji dodržuje tak, jak by správně měli. Toto onemocnění není vyléčitelné, ovšem díky farmakologii, dispenzarizace u lékaře a vlastního sebezapření v oblasti životního stylu se daří držet projevy onemocnění na minimum. Každý pacient s tímto onemocněním však musí mít vlastní sebezapření a uvědomit si, co to pro něj znamená, dodržovat prevenci, vzdělávat se, a především být správně edukován. Cílem práce je edukovat pacienta s onemocněním dna o správném dodržování dietních omezení a životosprávy, jelikož chyby ve zmiňovaných oblastech zhoršují onemocnění. Dalším cílem byla edukace pacienta v oblasti pohybového režimu. Větší část bakalářské práce je zaměřena na vlastní edukační proces u pacienta s onemocněním dna.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat onemocnění dna na základě literatury a provedené rešerše literatury.

Cíl 2: Uvést specifika ošetrovatelské péče o pacienta s onemocněním dna na základě provedené rešerše literatury.

Cíl 3: Zpracovat teoretická východiska edukace na základě provedené rešerše literatury.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat edukační proces u daného pacienta s onemocněním dna, který se podrobuje ambulantní péči.

Cíl 2: Vypracovat doporučení pro praxi.

Cíl 3: Vytvořit edukační materiál pro pacienty s onemocněním dna.

Vstupní literatura

GORDON, Debra L. *Život bez nemocí: zaručené způsoby, jak se vyhnout více než 90 nemocem, od těch nejběžnějších po ty závažné*. Praha: Reader's Digest Výběr, 2011. ISBN 978-80-7406-136-3.

HERLE, Petr, ed. *Diferenciální diagnostika v revmatologii a ortopedii*. Praha: Raabe, 2016. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-7496-206-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

OLEJÁROVÁ, Marta. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, c2008. ISBN 978-80-7387-115-4.

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla vypracována k datu 8. listopadu 2017 v oddělení bibliografie v Moravskoslezské vědecké knihovně Ostrava. Rešerše je uvedena pod číslem 8373 na téma „Edukační proces u pacienta s dnou“. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém dna, edukační proces a ošetrovatelská péče od roku 2008. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází EBSCO, PubMed a vyhledávače Google Scholar.

1 DNA

Tato práce je zaměřená na onemocnění dna, které bude níže vysvětleno a přiblíženo i těm, kteří o něm nikdy neslyšeli. Je to onemocnění, které se nemusí projevit vůbec nebo pokud přijde, víme o něm okamžitě. V dnešní době je také spojeno s ekonomickou situací a vyspělostí země, co se dostupnosti jídla týče.

Dna (arthritis urica) neboli také pakostnice je jedno z nejznámějších onemocnění či také častou krystalovou artropatií. Dna je jakousi artritidou, způsobenou nahromaděním krystalů kyseliny močové v kloubech. Kyselina močová je produkt rozkladu purinů, které jsou součástí mnoha potravin, které jíme. Abnormalita při manipulaci s kyselinou močovou a krystalizace těchto sloučenin v kloubech může způsobit záchvaty bolestivé artritidy, ledvinových kamenů a blokování filtračních kanálků ledviny krystaly kyseliny močové, což vede k selhání ledvin. Dochází tedy k poruše metabolismu purinů, díky čemuž dochází k zvýšení hladiny kyseliny močové v séru, uložení krystalů natrium urátu v synoviální tkáni a jejich následné vniknutí do kloubní dutiny. Dna se může projevit jako epizodický průběh a poškození kořenového kloubu u nohou, konkrétně palců nebo chronickou tofózní dnou s postupným poškozením kloubů a některé z forem dnové nefropatie (OLEJÁROVÁ, 2008), (ROBINSON, 2018).

1.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ

V minulosti bylo toto onemocnění bráno za nemoc vzniklou převážně z přejídání, konkrétně masem, což byl jeden z důvodů, proč bylo toto onemocnění nazýváno také za „nemoc králů“. Z historie je známo, že jí trpěli Karel Veliký, a také král Jindřich VIII. To je také důvod, proč se i v dnešní době doporučuje omezit maso a alkoholické nápoje. Často se dna objevovala také u lidí středního věku nebo starších mužů, kteří žili spíše benevolentním životním stylem, hlavně v oblasti stravování a alkoholu. V této souvislosti se onemocnění běžně objevovalo například u řezníků, hostinských apod. Díky různým objevům bylo zjištěno, že toto onemocnění pocítli již Egypťané. Ovšem první poznatky přišly za doby Hippokrata, 460-377 před našim letopočtem. Později v 17. století byl lékařem Sydenhamem specifikován dnavý záchvat v akutní formě, již mnohem podrobněji. Mnohem podrobnější výklad onemocnění podal lékař Sir Alfred Baring. Tento lékař vysvětlil dnu jako ukládání mikroskopických krystalů. Dále pak na počátcích 19. století se kmen tzv. Maorů živil spíše bramborami, rybami, ale také kořeny kapradin, proto neměli ponětí, co vlastně dna

je. Z dalších významných představitelů tohoto onemocnění je král Karel IV. či americký státník Benjamin Franklin. V roce 1963 došlo k vývoji léku Allopurinolu, který se užívá k léčbě dna. V dnešní době se dá dna označit za jednu z nejlépe porozuměných systémových revmatických onemocnění (FIFE, VODVÁRKO, 2016).

1.2 EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

V důsledku vyspělosti některých zemí se výskyt onemocnění stále zvyšuje na podkladě s opravdu tučnou a nezdravou stravou. Důležité je upozornit, že dna postihuje zejména muže. Pokud se objeví u žen, jde převážně o období klimakteria. Přítomnost postižení v poměru u mužů a žen je okolo 2-7:1. U jedinců pod 20 let je zhruba 2,6procentní výskyt. V rozmezí 20-29 let je onemocnění ojedinělejší, a to cca u 4 lidí z 1000. U jedinců okolo 70-79 let je onemocnění mnohem častější, a to asi 8procentní výskyt. Dna se tedy vyskytuje nejčastěji u starších věkových skupin, nejde ovšem vyloučit, že se nenalezne také u mladších lidí. V současné době se objevuje často u jedinců, kteří vykonávají povolání jako řezník, hostinský apod. (FIFE, VODVÁRKO, 2016).

1.3 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

Nejsnazší prevencí při onemocnění dna je správná a důrazná životospráva pacienta. Nutnost dodržování načasování a užívání léků či dodržování nastavené diety. Dalším důležitým faktorem je snížit hmotnost, díky které dochází k dalším komplikacím. Nutností je také dodržovat léčebný program u přidružených onemocnění, kterými pacient trpí, jedná se např. o diabetes mellitus, hypertenzi a další (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.4 PŘÍČINY ZVYŠUJÍCÍ SE HLADINY KYSELINY MOČOVÉ

Z hlediska patogenu můžeme mluvit jako o první příčině, tedy primární, která je asi tou více častou. Dále máme sekundární příčinu, kde jde hlavně o spojení s ostatními chorobami.

1.4.1 PRIMÁRNÍ PŘÍČINA

Tato příčina se považuje za jednu z nejčastějších. Nevznikne díky jiné získané nemoci ani vrozenou příčinou. U jedné skupiny pacientů s touto primární dnou sledujeme zvýšený exogenní příjem purinů v jídle, které najdeme hlavně v mase, vnitřnostech, tučných výrobcích, luštěninách a díky užívání alkoholu se hladina purinů ještě zvýší. Pouze ojediněle to můžeme přičíst určité enzymatické poruše metabolismu purinů. Ve většině případů ovšem tento problém není potvrzen a hyperurikemie je zapříčiněna habituálním sníženým vylučováním

kyseliny močové močí, což tvoří až 90 %, a u pouhých 10 % se jedná o nadprodukcii purinů, z čehož vyplývá, že je to opravdu vzácné. O asymptomatické hyperurikemii mluví tehdy, pokud nejsou známy žádné klinické projevy dnové artritidy nebo nefropatie (BARDIN, RICHETTE, 2010), (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.4.2 SEKUNDÁRNÍ PŘÍČINA

Zde se jedná o spojitost s ostatními onemocněními a různých stavů, kde dochází ke zvýšení nukleoproteinů (malignity, cytostatická léčba, generalizovaná psoriáza) nebo může docházet k nedostatečnému vyloučení kyseliny močové (renální insuficience aj.). Je zde vztah s užíváním skupiny léků, zvaných diuretika, nižší dávky acelpyrimu a specifické léky, které se užívají při transplantaci orgánů, které mohou mít velké zapříčinění sekundární dny. Léky zvané diuretika jsou jednou z nejčastějších zapříčinění vzniku sekundární dny, a to zvláště pokud dojde ke snížení tubulární sekrece kyseliny močové a vyčerpání tělesného volumu. Další z léků, acelpyrimin má dva účinky na sekundární dnu. Je močopudný, pokud jsou jeho dávky vysoké, a to až více, jak 3 g denně a naopak. Pokud se užívá méně, než 1 g denně dochází k tomu, že kyselina močová je zadržována v těle (HEIN, LÜLLMANN, MOHR, 2012), (OLEJÁROVÁ, 2008), (OLEJÁROVÁ, 2011).

1.5 KLINICKÝ OBRAZ A PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ

Dnavý záchvat můžeme rozčlenit do čtyř dob. Začneme s prvním obdobím, kterým je období asymptomatické hyperurikemie. Jako další následuje za každých podmínek nepříjemný akutní dnavý záchvat a následuje období interkritické dny. Poslední v pořadí je chronická tofózní dna.

1.5.1 OBDOBÍ ASYMPTOMATICKÉ HYPERURIKÉMIE

Můžeme o něm hovořit jako tzv. bezpříznakové období, pacient na sobě nesleduje jakékoli změny, ovšem v těle se změny již dějí. Nastává nárůst hladiny kyseliny močové, ovšem navenek to nijak nelze poznat, a to je důvod, proč se toto období označuje jako asymptomatická hyperurikemie. Abychom prokázali zvýšenou kyselinu močovou, musí se provést krevní odběry. Normální hodnota kyseliny močové v krvi je u mužů okolo 220–420 $\mu\text{mol/l}$ a u žen 140–340 $\mu\text{mol/l}$. Toto období může u člověka přetrvávat dokonce i několik let, dokud se neobjeví akutní dnavý záchvat. Dokonce se může stát, že se nikdy neprojeví žádné známky dny, ať už drobné ledvinové kameny, záněty kloubů, otok nebo bolest. K další době

přecházíme tehdy, kdy se objeví první dnavý záchvat (příloha B), (BECKER, RUOFF, 2010), (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.5.2 AKUTNÍ DNAVÝ ZÁCHVAT

Tato doba akutního záchvatu většinou nastane náhle a z plného zdraví. V mnoha případech se objeví buďto v noci, anebo brzy ráno. Důvodem náhlého záchvatu může předcházet vybočení z dietního omezení, ať už co se jídla týče nebo pití. Jako další možný podnět můžeme uvést např. trauma, infekce a v neposlední řadě stres, který je mnohdy důležitou podstatou i v dalších onemocněních. Ze 70 % zasáhne akutní záchvat mnohdy kořenový kloub palce u nohy. Další z kloubů, které mohou být postiženy, jsou drobné klouby nohou, kolena či hlezna dolních končetin. Pokud se zaměříme na horní končetiny, najdeme zde v podstatě nulové postižení. Zasažený kloub je opravdu bolestivý, jedná-li se o dolní končetinu, postižený není mnohdy schopen se ani postavit. Je zde patrný otok, zarudnutí a zvýšená teplota. Otok může být až tak veliký a rozlehlý, že kůže, která je nad kloubem je lesklá a napjatá (tzv. zrcátko). Jelikož se objeví zvýšená teplota, může to iniciovat septickou artritidu nebo flegmónu. Nejhorším dnem bývá ten první, i přesto, že se nedostaví okamžitá terapie, artritida další dny postupně odchází. Pokud bychom chtěli určit trvání akutního dnavého záchvatu, je to většinou několik hodin až 6 týdnů, ovšem nejběžněji asi 7-14 dnů (BECKER, RUOFF, 2010), (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.5.3 OBDOBÍ INTERKRITICKÉ DNY

Jde o období mezi akutními záchvaty dny. Trvání tohoto období je velice různorodé. Můžeme hovořit o nejnižším trvání cca 6 měsíců až dokonce o dvou letech. Většinou se jedná o bezpříznakové období. Ojedinele se objeví také nemocní, u kterých proběhne pouze jeden dnavý záchvat za celý život (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.5.4 CHRONICKÁ TOFÓZNÍ DNA

Objeví se pouze u části postižených dnou a to ve většině u nemocných se sekundární formou nebo u těch, kteří nerespektují nutné dietní opatření. Dochází zde k ukládání tofů, neboli usazenin mikro krystalků kyseliny močové. Nejčastěji je najdeme v tkáních kloubu (synoviální tkáň, kloubní chrupavka i kost) nebo v měkkých mimo kloubních tkáních a dochází k tvorbě vymezených úschoven (např. ušní boltec). Ve většině případů má známky polyartritidy, která může napadnout i klouby horních končetin a může dojít až k poškození kloubních tkání. Někdy se tofy mohou ukázat i jako hustá bílá tekutina na samém povrchu

kůže. V mnoha případech dochází k podání glukokortikoidů, či steroidní hormony tvořené kůrou nadledvinek (BECKER, RUOFF, 2010), (OLEJÁROVÁ, 2008), (VITALION, 2016).

1.5.5 KOŽNÍ PROJEVY

Mluvíme-li o kožních projevech, vznikají zejména v důsledku uložení MSU ve tkáních, pouze ojediněle se objeví ve vztahu s léčbou. Do kožních projevů patří chronické vředy, panikulitida, nodulární či drenující tofy. Nemáme pouze přes kůži viditelné tofy, ale našlo se i několik pacientů, kteří měli rozlehlé interdermální usazeniny urátů s nenormální kožní hyperpigmentací např. v oblasti stehen, rukou a nohou. Panikulitida se objevila pouze u čtyř pacientů, a to jako manifestace dny. Tato dnavá panikulitida se vyskytuje jako uzlíkovitá léze jak na přední, tak zadní straně určité části nohy. Později dochází k rychlému vředovatění a odchází sérum či neprůhledná tekutina, která má v sobě krystalky. Tento typ dny se prezentuje přítomností typických krystalů situovaných v subkutánní tukové vrstvě, kde je i přítomnost zánětlivého infiltrátu. Co se týče akutní dny, zde se objevuje zarudlá kůže v oblasti postiženého kloubu. V tomto případě klademe velký důraz na výskyt kožních kalcifikací, kde je nutná diferenciální diagnostika dny při tofoidních usazeninách. V oblasti pod nehtovými lůžky mohou tofy zapříčinit nehtovou dystrofii, ta může někdy vypadat jako spinocelulární karcinom (CETKOVSKÁ, PIZINGER, ŠTORK, 2010).

1.6 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

V diagnostice se rozlišuje mnoho faktorů, které mohou vést ke vzniku onemocnění dna. Rozhodující je zde pohlaví, další rozhodující složkou je hmotnost pacienta a pestrost jeho stravy. Nedílnou součástí je genetika a onemocnění v rodině, tudíž je důležitý důkladný odběr rodinné anamnézy. Mezi základní vyšetření řadíme laboratorní vyšetření, RTG obraz a popisujeme diagnostická kritéria a diferenciální diagnostiku (HAYMAN, MARCASON, 2009).

1.6.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Hlavní význam má zjištění vyšší hladiny kyseliny močové v séru neboli hyperurikemie. Hodnota kyseliny močové se sleduje opakovanými odběry, které se provádí pár dní za sebou. Normální hodnota kyseliny močové v séru je u mužů 420 $\mu\text{mol/l}$, u žen jsou pak hodnoty do 360 $\mu\text{mol/l}$. Jedná-li se o akutní dnavý záchvat, může se stát, že urikemie je normální, dále pak u chronické dnavé artritidy je hyperurikemie zvyklostí. U 90 % pacientů s primární dnou můžeme nalézt hyposekreci kyseliny močové, pokud se provádí sběr moči po dobu 24 hodin.

O zvýšené produkci mluvíme, pokud pacient vymočí více jak 3,6 $\mu\text{mol/l/24}$ hodin. Pokud je hodnota u pacienta méně než 1,8 $\mu\text{mol/l/24}$ hodin, mluvíme o tzv. hypersekretonii. To nám značí, že dochází ke sníženému vylučování kyseliny močové ledvinami. Dna je mnohdy spojovaná s jinými metabolickými poruchami, což je další důvod, kdy v séru můžeme nalézt hyperlipoproteinémií a hyperglykémií. Další zjištění může být nález trochu až středně zvětšených markerů zánětu (sedimentace erytrocytů, sérová hladina C-reaktivního proteinu). Velice důležitý význam má odhalení krystalů natrium urátu v synoviální tekutině, které můžeme označit za volné i fagocytované a můžeme je dále pozorovat v optickém mikroskopu. Synoviální tekutina je charakterizována zánětem a makroskopicky jí můžeme pozorovat jako neprůhlednou a zkalenou. Pozorujeme ji jako mléčně bílou až žlutou barvu. Ze vzorku, který můžeme získat při dnavých tofech, můžeme natrium urátu vyhodnotit murexidovou zkouškou (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.6.2 RTG OBRAZ

Jedná-li se o záchvat akutního charakteru, na RTG nálezů nic nenalezneme. Pouze dochází-li k několikanásobným dnavým záchvatům, na zasáhlých kloubech můžeme sledovat projevy sekundární osteoartrózy. Jedná-li se o chronickou dnu, zde jsou již kostní eroze viditelné. Většinou bývají okrouhlé a značně vymezené. Jsou-li detekovány marginálně, můžeme v nich vidět eroze u revmatoidní artritidy. Změny můžeme sledovat nejvíce na kořenových kloubech palců u nohou (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.6.3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Abychom mohli pevně hovořit o dně, musíme dokázat přítomnost urátových krystalů v synoviální tekutině. Jako další máme určitou tabulku klinických kritérií. Stačí, aby se potvrdilo alespoň 6 z níže zmíněných kritérií, aby bylo prokázáno toto onemocnění (viz. Příloha C), (HERLE, 2016), (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.6.4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Jedno z nejdůležitějších kritérií je samozřejmě co nejrychlejší diagnostika dny. Ať už z léčebných důvodů, jelikož pokud se zahájí léčba co nejdříve, tím rychleji podchytíme projevy a rozšíření zánětu a hlavně, aby se neprojevila buďto bolest vůbec nebo co v nejkratším intervalu. Diferenciální diagnostika je významná při potvrzení dnave artritidy od jiných možných nemocí, např. psoriatická artritida, reaktivní artritida, infekční artritida, septická artritida, monoartritida, hemofilická artropatie a další. Na kloubu, postiženém

zánětem můžeme pozorovat cosi, co se může chybně zaměnit za erysipel. Mnohokrát je otok a bolest situována na palci u nohy, občas i s mírným zarudnutím, což se může přičíst primární osteoartróza. Mnohdy se stává, že primární osteoartróza, u které jsou známky hyperurikemií je zaměněna s dnovou artritidou. Při neléčení či špatně zvolené terapii, mohou nastat chronické až destruktivní následky u chronické dny. Musíme brát v potaz rizikové faktory, které jsou např. věk, pohlaví, genetika, stravovací návyky a další (HERLE, 2016), (OLEJÁROVÁ, 2008).

1.6.5 LÉKAŘSKÝ POSTUP PŘI DIAGNOSTICE

Jsou určité lékařské postupy, které musí lékař při diagnostice pacienta dodržet. Důležité je důkladně prošetřit poškozený kloub, následně dojde k prošetření souvislých příznaků spojených s onemocněním, sepsání všech léků, které pacient denně užívá a sepsat důkladnou anamnézu počátku bujení nemoci. Musí vyřadit jiné eventuální zapříčinění otoku, bolesti, či zánětu nebo infekce kloubu a provést odběr krve na průkaz hladiny kyseliny močové v krvi. Dalšími možnými vyšetřeními může být RTG, CT, MRI, či ultrazvuk, odběr kloubní tekutiny a její následné prozkoumání pod mikroskopem (EVERYDAY HEALTH, 2016).

1.7 LÉČBA ONEMOCNĚNÍ

Zde se zabýváme léčbou různých stádií dny, kdy dochází k rozlišení postupů léčby, určení farmakologické terapie a v neposlední řadě také životním stylem.

1.7.1 LÉČBA AKUTNÍHO DNAVÉHO ZÁCHVATU

Prvotní věcí při léčbě tohoto záchvatu je co nejvíce zmírnit bolest, rychlá diagnóza a okamžité zahájení léčby. Jednou z dalších důležitých věcí je odstranění purinů v potravě, či alkoholických nápojích, přičemž je důležité dodržovat dostatečný příjem tekutin. Okolo 2 l denně, díky čemu dostáváme kyselinu močovou z těla. Dalším postupem je volba vhodné drastické protizánětlivé léčby. Zde se dostáváme k nejužívanějším lékům při dnové atace jako je kolchicin, nesteroidní antirevmatika a kortikoidy. Kolchicin je jedním z nejdostupnějších a nejvíce účinných léků na trhu. Jako prvotní dávka je uváděno, že by se měl podat 1mg a poté 0,5 mg dvě hodiny po sobě, dokud nepřijde zmírnění příznaků nebo pokud nenastanou nežádoucí účinky jako je například průjem, který je velice častý, poté se přestává kolchicin užívat.

Největší možná denní dávka může pak být 6 mg. Nesteroidní antirevmatika jako můžou být ibuprofen 1600-2400 mg denně, diklofenak 150-200 mg denně, indometacin 100-200 mg

denně nebo piroxikam 20-40 mg denně se užívají jakožto možnost akutní náhrady kolchinu. U NSA je nutno dávat pozor na nežádoucí účinky, které se mohou týkat ledvin, žaludku, a to konkrétně žaludeční vředy nebo také kardiovaskulárního (viz. Příloha D). Indometacin je další nesteroidní antiflogistikum, u kterého si ovšem musí dávat pozor zejména starší lidé, trpící tímto onemocněním, jelikož je ulcerogenní a mnohdy ovlivňuje centrální nervovou soustavu. Kortikosteroidy, zde se jedná pouze o jednorázové použití. Tento druh léčby není obvyklý a lze jej použít, jedná-li se o postižení jednoho či maximálně dvou kloubů. Další důležitou složkou, kdy můžeme tento druh léčiva použít je vyloučení artritidy v infekčním stádiu (NĚMEC, 2014), (PAVELKA, ZÁVADA, 2012).

1.7.2 LÉČBA V INTERKRITICKÉM OBDOBÍ

Nejdůležitější věcí v tomto období je přijít na to, co způsobuje hyperurikemii. Důvodů může být mnoho, jedním z největších problémů je velký obsah purinů v jídle, častá konzumace alkoholu, nadměrně vysoký obsah tuku v těle, obezita, užívání diuretik či hypertenze. Je zde nejdůležitější úplné vyloučení veškerých alkoholických nápojů, dodržení dietního omezení a vypuštění purinů, které se vyskytují obzvláště v mladém mase, zvěřině a vnitřnostech. Mezi neméně příhoršující potraviny lze zařadit luštěniny, kakao či tak oblíbenou čokoládu. Důležitým prvkem je starat se o velký přísun tekutin. Abychom zamezili stoupaní kyseliny močové, je nutno omezit dusíkaté sloučeniny. Pokud máme pacienty, kteří nedokážou z nějakého důvodu díky diety dosáhnout urikemie nižší než 540 $\mu\text{mol/l}$, přistupuje se k hypourikemické léčbě. S touto léčbou však můžeme začít až za 3-5 týdnů po tom, kdy se uklidní akutní fáze onemocnění (BECKER, CHOHAN, 2009), (OLEJÁROVÁ, 2008), (PASCUAL et al., 2009), (PAVELKA, 2008).

1.7.3 HYPOURIKEMICKÁ LÉČBA

Aby mohla být nastavená hypourikemickou léčba, je nutno znát přesné a co nejaktuálnější výsledky hladiny kyseliny močové v séru a také se musí brát v potaz riziko nežádoucích účinků, které mohou nastat při dlouhodobě podávaných lécích. Musíme si uvědomit a zhodnotit i určité podněty, které mohou způsobit hyperurikemii. Indikací k dlouhodobému užívání léků, které snižují urikemii je častější výskyt akutních dnových atak, které se mohou vyskytovat 3 až 4 do roka. Dále mohou nastat viditelné erozivní změny na rentgenových snímcích na postižených kloubech. Další indikací je již chronická tofózní dna či nález urolitiázy.

O nasazení hypourikémické léčby by mělo být uvažováno pouze u lidí, kteří jsou velice postiženi a prodělávají časté dnové ataky či trpí dnovou nefrolitiázou. Jedním z důvodů, proč vlastně nasazovat hypourikémickou terapii je i ten fakt, že dochází k poškozování kloubů, čemuž se snažíme zabránit. Také napomáhá k minimalizaci akutních dnových záchvatů (INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI, 2008).

1.7.4 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

V tomto typu léčby je nejdůležitějším prvkem radikální změna životního stylu. V úpravě je hlavní vyřadit potraviny s vysokým obsahem purinů. Dalším prvkem je hmotnost, kde je nutnost ji snížit. Vyšší příjem tekutin a k tomu úměrná diuréza je nutná k odstranění urátů. Mluvíme-li o nefarmakologické léčbě, tak je nutno upozornit, že při akutním dnovém záchvatu musíme postihnutý kloub chladit, mít ho v klidu, bez větší zátěže a v elevaci. Pokud nejde o akutní ataku, je nutná tělesná aktivita a udržení BMI v normě (NĚMEC, OWEN, PERUŠIČOVÁ, 2013), (WILLIAMS, 2008).

1.8 ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY SPOJENÉ S DNOU

Samotné onemocnění je spojováno s velkým počtem zdravotních problémů, které mnohdy také napomáhají vzniku a delšímu trvání. Mnoho z těchto onemocnění je závažných a musí se dále zvládat, ať už farmakologicky, či radikální změnou životního stylu.

1.8.1 OBEZITA

Nadváhu či obezitu můžeme charakterizovat zvýšeným až přílišným zahlcením těla tukem, což může mít následně dopad na zdraví. Dochází zde k velkému dodání energie, z které se stává tuk a následně se ukládá jako zásoba tuku. Nejčastěji k obezitě dochází díky nedostatečné až nulové fyzické aktivitě. Jednou z příčin, kterou jakožto jedinec neovlivníme je také neodmyslitelně genetika, či životní prostředí, v kterém denně působíme. Nutno podotknout, že toto již civilizační onemocnění se mnohdy vyskytuje ve vyspělých zemích, díky dostupnosti potravin a finančního zabezpečení. Nejvíce se můžeme setkat s určením výše obezity díky výpočtu tzv. BMI (Body Mass Index). Obezita nám zvyšuje několikanásobně riziko propuknutí dalších nebezpečných onemocnění, z čehož ty nejčastější jsou např. diabetes mellitus, hypertenze, dyslipidemie a v neposlední řadě také dna. Smutné je, že obezita je jedním z největších problémů dnešní doby a příčinou časného úmrtí. Klíčová je zde pestrost potravin, a hlavně obsah základních živin, sacharidy, tuky, bílkoviny.

U BMI výpočtu je nutno podotknout, že ne v každém případě se hodí pro všechny. Jedná-li se o zdravotní rizika, je zde lepší určit míru tuku v těle. Běžná hodnota u mužů je 25 %, u žen 30 % a rozdílnost je zde u žen, které jsou v klimakteriu a to je 35 %. Uvědomit si také musíme, že výpočet BMI je neplatný u dětí do 18 let a pro sportovce. Platný vzorec pro výpočet $BMI = \text{hmotnost} / \text{výška} * \text{výška}$. Jedním z kritérií je také velikost obvodu pasu a poměr pasu k bokům. Mluvíme-li pouze o bocích je zde kritérium pro muže, a to nad 94 cm, u žen více jak 80 cm. Na výpočet poměru pasu k bokům máme vzorec $WHR = \text{waist-to-hip-ratio}$, u mužů $>1,0$, u žen $>0,9$ (viz. Příloha E), (ADÁMKOVÁ, 2009), (GORDON, 2011), (KUŽELA, STEJSKALOVÁ, 2007), (OBEZITA, 2016).

1.8.2 DIABETES MELLITUS

Nejčastěji ve spojitosti s dnou, mluvíme o cukrovce 2. typu. Jedná se o chronické metabolické onemocnění, které v dnešní době můžeme zařadit mezi civilizační onemocnění. Je to onemocnění, které se nedá vyléčit, ale dá se korigovat dle nastavené léčby a dietního opatření. Dochází k nahromadění tukových částic, kde je vysoká hladina krevního cukru, díky které následuje poškození bílkovin. Poruchy probíhají převážně bezpříznakově, není přítomná bolest, tudíž nemáme sebemenší tušení, že se něco v těle děje. Zjistit, že se něco děje, dokážeme pouze díky krevního vyšetření, jelikož toto onemocnění vysvětlujeme jako zvýšenou hladinu cukru v krvi, kdy může dojít ke sníženému počtu inzulínu, či jeho malým účinkem. Příčinami vzniku tohoto onemocnění je samozřejmě genetická predispozice, kterou nemůžeme nijak ovlivnit, ale jako další předpoklady jsou zde obezita a s ní spojený nevhodný životní styl, strava, malý pohyb a také nadměrný stres, kterému se mnohdy v dnešní uspěchané době nedokážeme vyhnout. Důležitým poznatkem, který bychom měli vědět, u diabetu mellitu je díky krevních testů, zvýšená koncentrace glukózy v krvi a s ní spojené příznaky jako je polydipsie, častější močení, neobvyklá a větší únava, snížení hmotnosti a v neposlední řadě také určité potíže s viděním (GORDON, 2011), (NĚMEC, OWEN, PERUŠIČOVÁ, 2013).

1.8.3 HYPERTENZE

O tomto onemocnění mluvíme, pokud se stane opakovaně či trvale, že naměříme 3 x za sebou hodnotu, která je vyšší než 140/90 torr. Při hypertenzi dochází u pacientů k tomu, že se zvýší koncentrace kyseliny močové v krvi, což nalezneme zhruba u 22-40 % lidí, trpící hypertenzí. Prevalence lidí, kteří trpí onemocněním dna k hypertenzi je zhruba 2-12 %. Pokud ovšem má člověk trpící hypertenzí zvýšenou kyselinu močovou v krvi, nutně to neznamená,

že je to zapříčiněno onemocněním dna. Až 50 % lidí, kteří trpí dnou, trpí také hypertenzí, ovšem ve většině případů je zde ještě další prvek a to obezita. Stejně jako u výše zmíněných je zde jednou z příčin také genetická predispozice, dále onemocnění diabetes mellitus, již výše zmiňovaná obezita a s ní spojené špatné stravovací návyky jako nadměrné užívání soli, příjem alkoholu, kouření, či stres. Také se jedná o civilizační onemocnění a konkrétně v ČR trpí tímto onemocněním až 1/3 lidí (GORDON, 2011), (NĚMEC, OWEN, PERUŠIČOVÁ, 2013).

1.8.4 ONEMOCNĚNÍ LEDVIN

V ledvinách dochází k poruše díky hromadění krystalků kyseliny močové, či v močových cestách a díky tomu dochází ke vzniku močových kamenů a to urátových. Dochází k shromažďování moči, což má posléze za následek vznik infekce. Můžeme mluvit o dnové ledvině, kdy právě nastává ukládání kyseliny močové, dochází k změně ledvinových cév a přítomnost kamenů přispívá k infekcím nebo zánětům. Mnohdy trvá dlouhou dobu, klidně až roky, než nastane změna v kloubech při změnách ledvin, které jsou zapříčiněny dnou. Zde nastává nutnost změny stravy a nastavení medikace tak, aby výsledně nastalo snížení kyseliny močové, což nám dovoluje rozdrtit již vytvořené močové kameny (GORDON, 2011), (TESAŘ, VIKLICKÝ, 2015).

1.8.5 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

Charakteristické pro toto onemocnění je nedostatečnost prokrvení určitých oblastí srdečního svalu. Dochází k malému přísunu kyslíku, což má za následek nedostatečnou práci srdečního svalu. Následně poškozený cítí bolesti, konkrétně v hrudní oblasti, u srdce, dochází k nedostatečnému výkonu srdce, což znamená, že následně i tělo jako celku. Jednou z forem ICHS je také akutní infarkt myokardu, a naopak do chronické formy můžeme zařadit anginu pectoris, poruchy srdečního rytmu či stavy po akutním infarktu. Jako naprostá podstata ICHS je znovu prokrvení srdečního svalu natolik, aby srdeční sval mohl opět fyziologicky fungovat, k čemuž je nutný i přísun kyslíku jako základní léčba. Jakožto u prozatím všech výše zmíněných onemocněních, není ani toto výjimkou v rizikových faktorech jako jsou věk, pohlaví, aterosklerotické změny, genetika a nezdravý životní styl (BIOMAG, 2016), (GORDON, 2011), (VESELKA, 2009).

1.8.6 ATEROSKLERÓZA

Onemocnění, které má za následek poškození cévní stěny a následné zúžení či ucpání nejčastěji lipidy. Jedná se také o jedno z civilizačních onemocnění. Jedná se o onemocnění,

které má jako jedno z nejčastějších, za následek smrt, a to zejména ve vyspělých zemích, jelikož k tomu také přispívají příčiny vzniku. Jedná se zde o věk, většinou o mužské pohlaví, genetiku, kouření, obezitu či stres. Důležitou roli zde hraje prevence. Nejdůležitějším prvkem je zamezit nadváze, na podkladě, které pak nastávají onemocnění jako je hypertenze, diabetes mellitus, angina pectoris či různé srdeční poruchy a jiné (ČEŠKA, 2012), (MACÁŠEK, ŽÁK, 2011).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S DNOU

Vědní obor, ošetřovatelství, je nenahraditelným oborem, týkající se ošetřování člověka a také v starosti o zdraví jak jedince, tak celé populace. Sestra je nenahraditelnou součástí ošetřovatelského týmu, samozřejmě s dalšími zastupiteli, s kterými hromadně tvoří představitele ošetřovatelské profese. O ošetřovatelství mluvíme jako o vědní disciplíně, v které je nejdůležitějším bodem systematicky a všestranně vyhovět potřebám jedince. Musíme zde myslet na to, že každý jedinec je „originál“ a tudíž je nutností myslet na to, že péče je individuální ke každému jedinci. Pečujeme o člověka jak v jeho zdraví, tak nevyhnutelně v období nemoci, stejně jako je nutností pečovat o jedince, kteří sebedpěči o sebe nezvládají, neumějí či přímo nechtějí. Mezi nedílnou součástí komplexu ošetřovatelství patří také zaměření se na předejití onemocnění, prevenci, opora během návratu zdraví a samozřejmě také pomoc při udržení zdraví či při rehabilitaci. Důležitou věcí je také pohled na jedince jako holistickou osobnost, což znamená uspokojení biologických, sociálních, psychických a spirituálních potřeb. Samozřejmě jsou zde užité prověřené metody pracovních postupů. Nesmíme opomíjet také lidi, kteří jsou v terminálním stádiu onemocnění a dochází u nich k nevléčení. Tato práce je neskutečně těžkou, jak v psychickém slova smyslu, tak fyzickém. Velký nárok je zde kladen na zodpovědnost, morální zásady sestry, vědomosti a chuť se vzdělávat, ale také na zkušenostech a zralosti sestry. Přímá charakteristika ošetřovatelství je podrobně dána v Konceptu ošetřovatelství České republiky (VYTEJČKOVÁ, 2011).

Jelikož je onemocnění dnou nemocí chronickou a nevléčitelnou, snižuje to celkově kvalitu pacientova života. Z hlediska ošetřovatelství vychází hodnocení kvality života z druhého, úžeji chápaného přístupu ke kvalitě života. Ošetřovatelství je zde zaměřeno na člověka ve specifické životní situaci, a to ve vztahu ke zdravotnímu stavu (GURKOVÁ, 2011).

2.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Většina pacientů, trpících onemocněním dna jsou sledováni a léčeni jen ambulantně, pouze v malém procentu případů se musí přistoupit k hospitalizaci. První kroky vedou vždy k praktickému lékaři, kde také pacienti zůstávají a jsou zde léčeni. Pokud je u pacienta nutná ambulantní péče, je jednou z nejdůležitějších složek tohoto procesu, aby sám pacient spolupracoval a dodržoval léčebný režim. Při prvním projevu tohoto onemocnění jsou návštěvy častějšího rázu. Pokud se prvotní záchvat dny zvládne a nejsou delší dobu žádné potíže, pacient dochází pouze na kontrolu 1 x za půl roku nebo se zastaví pro recept. Při prvotních projevech dny se u praktického lékaře odebere krev a moč, pro zjištění dalších postupů a hlavně, pro správnou diagnostiku a potvrzení daného onemocnění. Lékař má za úkol nastavit léčebný plán, seznámit pacienta s onemocněním, vysvětlit vše, co se týká onemocnění a důležitá je zde snaha o co nejdelší kompenzaci. Při tomto onemocnění je důležitá role pacienta, aby k dlouhodobé kompenzaci opravdu došlo. Pacient je dále předán do rukou nutriční specialistky, která pomůže nastavit dietní opatření u pacienta trpícího dnou (VYTEJČKOVÁ, 2011).

2.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE

I přesto, že je spíše doporučováno nechat nemocného v domácím prostředí, někdy je to nevyhnutelné. K přijetí do nemocnice dává většinou podnět lékař, ale ovšem existují i situace, kdy je hospitalizace nezbytná z důvodu akutního stavu pacienta. Nejčastějšími typy příjmu do nemocnice jsou na základě doporučení a odeslání pacienta jeho praktickým lékařem. Krom praktického lékaře může pacienta odeslat také lékař specialista a v neposlední řadě také akutní či urgentní stav pacienta. Hospitalizace pacientů s dnou na lůžkovém oddělení je ojedinělá a vyžaduje ji pouze prvotní záchvat dny, kdy pacient neví, o jaké onemocnění se jedná a nemá s tímto žádné zkušenosti. Lékaři chtějí mít nad pacientem dohled a nastavit správnou medikaci a určit probíhající onemocnění. Každá všeobecná sestra má mnoho rolí, co se týče nemocničního procesu. Prvotní nutností je dbát o pacienta jako o holistickou bytost a umět pomoci pacientovi s jeho biologickými, sociálními, psychickými a také spirituálními potřebami. Nedílnou součástí je také být na pacienta milá, příjemná, dokázat ho pochopit a následně mu pomoci. Každá sestra si musí získat u pacienta důvěru. Všeobecná sestra musí spolupracovat s lékařem a poskytovat pacientovi objektivní a pravdivé informace jak o jeho zdravotním stavu, tak o dalších postupech léčby. Základem je co nejrychleji určit, že se jedná o to konkrétní onemocnění a začít s přesnou a účinnou

léčbou. Čím dříve s léčbou začneme, tím dříve nastane zvládnutí onemocnění. Při hospitalizaci nás budou zajímat anamnestické údaje, zdali v tomto onemocnění hraje roli také genetika, zdali toto onemocnění již někdy pacient prodělal a byl hospitalizován. Nutné je také odebrat sociální anamnézu, jelikož musíme vědět, zdali je pacient schopen dodržet léčebný režim a mít k němu nutné prostředky a podmínky (VYTEJČKOVÁ, 2011).

2.3 DOMÁCÍ PÉČE

Hlavním aspektem domácí péče je poctivé dodržení nastaveného léčebného režimu. U tohoto onemocnění hraje velkou roli přesná a dostatečná edukace ze strany všeobecné sestry, lékaře, ale také již zmíněné nutriční specialistiky. Pacient musí přesně vědět, jak užívat správně léky, jak často a v jakém množství a jedním z nejdůležitějších aspektů je nastolení správného dietního omezení a udržování životního stylu. Dodržováním celého léčebného procesu pacient chrání své zdraví a předchází komplikacím, či exacerbaci onemocnění. Každý pacient musí vědět, co dělat při akutním dnavém záchvatu, co vyloučit, jaké medikamenty zvolit a jak dále postupovat. Při jakýchkoli prvotních známkách nástupu záchvatu, nečekat na dobu, kdy se onemocnění rozvine úplně, ale obrátit se ihned na lékařskou pomoc či to zvládnout díky dietních omezení a medikace (VYTEJČKOVÁ, 2011).

Nesmírně důležitou složkou domácí péče je podpora rodiny, která je nezanedbatelná. Je důležité, aby pacient s chronickým onemocněním podporu rodiny pociťoval a aby rodina držela s ním. Tím se celkově mění i pacientův psychický stav. Veškerá doporučení a nařízení lékaře pak nemocný za podpory rodiny snáší lépe. Účast rodiny nemocného při edukaci pak bývá mnohdy také důležitá (MARGERČIAKOVÁ, 2014).

V České republice bohužel v dnešní době neexistuje jakékoli seskupení lidí trpících tímto onemocněním, žádná podpůrná skupina či klub. Ovšem jinak je tomu např. v Anglii, kde lidé trpící tímto onemocněním mají svou skupinu a také internetové stránky, které jsou snadno dohledatelné (<http://www.ukgoutsociety.org/>).

3 ÚPRAVA STRAVOVÁNÍ PŘI DNĚ

Jedná-li se o toto onemocnění je úprava stravování jedním z nejdůležitějších opatření. Pacient trpící dnou, musí znát dietní opatření, musí vědět, co jíst může a čemu se naopak maximálně vyvarovat. Nejde pouze o jídlo, ale mluvíme zde také o správném pitném režimu či alkoholu.

3.1 DIETNÍ OPATŘENÍ

Jednou ze složek první léčby a také prevence při onemocnění dnou, je nastavení dietního omezení a korekce tělesné hmotnosti, zejména, trpí-li nemocný obezitou. Abychom docílili snížení hmotnosti, je nutné nastavit správný jídelníček a nastavení úměrné fyzické aktivity s ohledem na pacienta. „Nic se nemá přehánět“, a tak určené snížení hmotnosti je maximálně 1,0 kg za týden, a to také z důvodu, že při rapidním a rychlém snížení tělesné hmotnosti může nastat zhoršení hyperurikemie nebo vyvolat akutní dnavý záchvat. Při dietním omezení je při tomto onemocnění důležité, zvýšit v potravě nenasycené mastné kyseliny, a naopak ubrat tuky s nasycenými mastnými kyselinami, které můžeme hledat např. v tučném mase, uzeninách či sádle. Dalším z velice nutných pravidel je omezení purinů v jídle. Na toto omezení je třeba myslet při sestavení jídelníčku, či edukaci dietního omezení. Jedním s důležitých opatření je omezení, či úplné vypuštění alkoholu z našich návyků. Denní povolené množství je cca 30 gramů, čemuž odpovídá zhruba jedno malé pivo nebo 3 dcl vína. Pokud pacient pociťuje nástup potíží spojených s onemocněním, měl by akutně do jídelníčku zařadit dostatek ovoce, zeleniny a dodržovat důležitý pitný režim, pokud tak doposud nedělal a nějakým způsobem vybočil (příloha F), (MILATOVÁ, 2013).

3.2 PITNÝ REŽIM

Toto je jednou z neodmyslitelných složek správné životosprávy u pacienta s dnou, hlavně z toho důvodu, že díky pravidelnému a dostatečnému pitnému režimu, dochází k odstranění kyseliny močové z těla. V opačném případě může dojít k tomu, že se vytvoří kamínky v močových cestách. Za optimální se považuje vypít okolo 2 l za den. Jako nejvhodnější nápoj se doporučuje čistá voda, dále pak alkalické minerálky, které napomáhají k rozpouštění urátových „úschoven“ nebo možných ledvinových kamínků. Jako dobré se jeví i čaje různých druhů, které neovlivňují hladinu kyseliny močové, nejčastěji se však konzumují urologické, bylinné či bezinkové čaje. Doporučuje se omezení ovocných šťáv nebo džusů,

kdy se hovoří, že při jejich konzumaci dochází ke zvýšení záchvatů dny u mužů, díky spotřebě tekutin, které jsou bohaté na fruktózu, která může zvyšovat urikemii. Jakožto diuretikum, můžeme také uvést tein v čaji či kofein obsažený v kávě, dochází po nich k častějšímu nucení na močení, což značí vyloučení kyseliny močové z těla (CURHAN, CHOI, 2008), (LAŇKOVÁ, 2008).

3.3 ALKOHOL

Dochází-li k vysokému příjmu alkoholu, dochází k hyperurikemii a posléze k projevům dny. Alkohol napomáhá produkci purinů a urátů. Je dáno, že příjem piva je horší nežli tvrdého alkoholu, jelikož v pivu, nalezneme mnohem více purinů. Co se týče vína, není prokázáno, že by u tohoto onemocnění nějak zhoršovalo jeho příznaky. I přesto, že alkohol nemá v sobě až tolik purinů, jako najdeme v potravě, dochází k napomáhání zvýšení hyperurikemie (viz. Příloha G), (SHULTEN, 2009).

3.4 MASO A MOŘSKÉ PLODY

U těchto potravin jde o takové, které obsahují největší koncentraci purinů, z čehož tedy vyplývá, že jsou to jedny z těch nejhorších a nejméně doporučených při dně. Pokud dojde k úpravě ve formě vaření, ztratí maso až 50 % purinů, což je nejvhodnější způsob tepelné úpravy. Z toho vyplývá, že například tak všemi milované vývary, jsou pro pacienta s tímto onemocněním naprosto nevhodné. Ať už jde o jakoukoli tepelnou úpravu, je zapotřebí nejprve maso povařit, či podusit, ale pak musíme podávat bez masových šťáv. Několik týdnů po prodělaném dnavém záchvatu, lze pacientovi podat vařené mořské ryby, ale maximálně 50 g. Co se týče smažených či pečených mas nebo ryb, to je zcela vyloučené (příloha H, I), (KUŽELA, STEJSKALOVÁ, 2007), (UK GOUT SOCIETY, 2016).

3.5 MLÉČNÉ VÝROBKY

Mléko a mléčné výrobky nepředstavují velkou hrozbu pro nemocné trpící dnou, jelikož obsah purinů není velký. Nejsou to výrobky, které se řadí mezi zakázané a oproti jiným, jsou někdy doporučené, jelikož dokáží snížit hladinu kyseliny močové v séru. Jsou důležitou součástí potravy také proto, že mají velký obsah potřebných bílkovin, tudíž dokážeme kompenzovat bílkovinu masa. Pro konzumaci je dobré, aby jídelníček obsahoval také kyselé či sladké mléčné výrobky jako např. podmásli, kefír. Co by se mělo ovšem vyloučit, jsou plísňové sýry, vysokotučné nebo dlouhozrající (příloha J), (KUŽELA, STEJSKALOVÁ, 2007), (UK GOUT SOCIETY, 2016).

3.6 OVOCE A ZELENINA

Druh ovoce není omezen, naopak je důležitý díky obsahu vitamínu C, A, a také pro vlákninu, kterou obsahuje. Ovšem není doporučeno, aby konzumace ovoce byla neomezená, nutno ji omezit na denní dávky, které se pohybují okolo 2-4. Dobré jsou třeba ředěné šťávy z pomeranče, banány, hroznové víno, třešně nebo jablka. Co se týče právě jablek, je uvedeno, že 6 hodin po jejich požití nastane zvýšení hladiny kyseliny močové dokonce o 35 %. Stejně jako u zmíněného ovoce by i zelenina měla být konzumovaná vícekrát za den v menších dávkách v rozmezí 2-5 porcí denně. Je zde doporučeno, aby se konzumovala zelenina s nižším obsahem purinů. Pokud je to možné, zeleninu jíme syrovou či konzervovanou, pokud nám to podmínky nedovolí, zvolíme lehce tepelně zpracovanou zeleninu. Jednou z nejvíce doporučených zelenin můžeme uvést česnek, který je výborný jak na dnu, tak na revmatismus. Druhy zeleniny, které mají větší obsah purinů, a proto se moc nedoporučují, jsou např. špenát, brokolice, hrášek, květák, kapusta nebo celer (KUŽELA, STEJSKALOVÁ, 2007), (UK GOUT SOCIETY, 2016).

3.7 DIETA

Jednou z nejdůležitějších věcí při tomto onemocnění je samozřejmě snížení váhy. Pokud váha nejde snížit, je zde druhá priorita, a to udržení si stávající váhy a nepřibírání. Co se týče poklesu váhy, úbytek by se měl pohybovat mezi 0,5-1 kg za týden. Pokud by došlo k rychlému a nekontrolovatelnému snižování váhy, nastává zvýšení hyperurikemie, což může mít za následek vyvolání akutního dnavého záchvatu. Z tohoto důvodu by měl nastat větší příjem nenasycených mastných kyselin a snížení příjmu takových potravin, které naopak nasycené mastné kyseliny obsahují jako např. uzeniny, tučné maso, sádlo a v neposlední řadě samozřejmě potraviny s vysokým obsahem purinů. Při dně spojené s obezitou je doporučovaná redukční dieta, kde je omezený příjem kalorií na den a je zde dostatečný příjem jak tekutin, tak vitamínů. Při tomto typu diety je doporučováno také obměňovat některé dny, jakožto zeleninové či ovocné dny. V těchto dnech musíme dbát na přípravu zeleniny a ovoce tak, aby byla co nejjednodušeji stravitelná. Samotný trávicí proces je zdrojem kyseliny močové. Pokud má nějaká osoba již predispozici k tomuto onemocnění, dochází k tomu, že v případě přejídání může toto onemocnění přivolat mnohem rychleji. Důležitou složkou je pamatovat na to, že při závěrečném jídle dne, tedy při večeři, bychom měli dbát na omezení potravin. Ovšem na druhé straně, pokud dojde k vědomému hladovění, je to další chyba z důvodu špatného vlivu na metabolismus kyseliny močové. Pokud nastane

nadbytek katabolických pochodů v těle, dojde k postupnému odbourávání bílkovin vlastního těla. Nejprve dochází ke snížení svaloviny a teprve až následně k odbourávání tuků. Při tomto procesu stoupá hladina urikemie. Důležité také je, vyhnout se určitým úletům jak v jídle, tak v alkoholu a pitném režimu.

Co se týče proteinů, je to jedna z velice důležitých složek, kterou musí naše potrava obsahovat. Je to základní stavební jednotka a v neposlední řadě tvoří velkou část tělesné hmoty. Nejvíce biologické bílkoviny obsahuje maso, mléko, vejce, brambory. Co se týče rostlinných bílkovin, tam je obsah menší. Bílkovina nejde v našich tělech hromadit, třeba jako tuky či sacharidy. Bílkoviny máme omezené množství, je obsažená hlavně ve svalech či játrech, z kterých se dají uvolňovat aminokyseliny. Pokud dochází k přeměně bílkoviny, vzniká močovina, jakožto konečná zplodina. Mluvíme-li o kyselině močové, je to součást moči. Důvod, proč si musíme hlídat obsah purinů v potravě je mimo jiné i ten, že množství kyseliny močové v moči se odvíjí od přijatých purinů. Množství kyseliny močové v krvi roste, pokud dochází k vyššímu příjmu potravy, kde jsou hlavní složkou tuky, sacharidy nebo puriny. Zadržování kyseliny močové v těle jde ruku v ruce s následným zadržováním vody. Nadmíra kyseliny močové se následně ukládá do chrupavek nebo se mohou tvořit tzv. tofy. Při dietě s tímto onemocněním se doporučuje příjem bílkoviny okolo 50-60 g denně. Bílkovinu můžeme přijímat hlavně v mléce, mléčných výrobcích a v rozumném množství také ve vejcích.

Sacharidy v dietě musíme rapidně omezit, zejména škroby, buničinu, ale také jednoduché i složené sacharidy. Nejdůležitější vyloučenou složkou je cukr. Ten organismu dodává pouze rychlou energii, tedy jouly, žádné minerální látky ani vitamíny. Naprosto nepotřebná je vysoká spotřeba cukru, už jenom proto, že následně dochází k ukládání zvýšené tukové tkáně v těle, a tím spojený nárůst obezity. Ze sacharidů jako takových následně vzniká krevní cukr, díky kterému dochází k přímému dodávání energie tělu. Potraviny, které se skládají převážně z cukrů jsou ovoce, zelenina, brambory, obiloviny, rýže, chléb, nudle, cukr, mléko a také luštěniny. Aspoň půlka energetického příjmu při hyperurikemii a dně, by měla obsahovat sacharidy, cca 3,5 g sacharidů na 1 kg tělesné hmotnosti. Sacharidy nemají vliv na onemocnění dna, jelikož nezvyšují koncentraci kyseliny močové.

Vláknina také nezvyšuje koncentraci kyseliny močové a ani nedodává žádné kalorie. Potraviny, které obsahují vysoké množství vlákniny, dodávají dlouhodobější a dobré nasycení a následně pak snižují hodnoty kyseliny močové v krvi. Z tohoto důvodu se musí do denního jídelníčku zařadit ovoce, zelenina, ovšem v rozumném množství, dále pak celozrnné

produkty, včetně celozrnného pečiva. Např. při výběru chlebu se můžeme orientovat i podle barvy a struktury. Čím tmavší a hutnější chléb je, tím je bohatší na vlákninu. Při konzumaci vlákniny, musíme myslet také na dostatečný příjem tekutin, který je nezbytný pro obsah vlákniny v žaludku a střevech. I to je důvod, proč musí pacient s onemocněním dna dodržovat pravidelný a dostatečný pitný režim, alespoň 2 l denně.

Pokud přijímáme stravu bohatou na tuky, dochází následně k nižšímu vylučování kyseliny močové do ledvin. To je jeden z důvodů, proč by měl pacient s tímto onemocněním omezit hlavně tuky. Denní dávka by se měla pohybovat okolo 40-50 g, jelikož mohou ovlivnit hodnoty kyseliny močové v krvi a také pro jejich nadměrný energetický přísun. Tuky najdeme jak v rostlinných, tak potravinách živočišného druhu. Tyto druhy tuků jsou ty nejvydatnější a tvoří hlavní zdroj energie v potravě. Pokud ovšem nastává nepřiměřený příjem tuků, samozřejmě dochází k nárůstu obezity. Pokud dochází k vysokému příjmu zejména živočišných tuků, zvyšuje se tak cholesterol, tedy nárůst lipidů v krevní plazmě, což následně napomáhá jejich ukládání v stěnách cév, čímž narůstá riziko stenosklerózy. Mluvíme-li o poruše metabolismů lipidů, zejména u dnaveho onemocnění je nejčastějším druhem hypertriglyceridémie (ČESKÁ ORDINACE, 2017), (REACH, 2011), (SVAČINA, 2008).

3.8 TECHNOLOGICKÁ ÚPRAVA POKRMŮ

Co se týče masa, je nejvhodnější úpravou, při malých porcích, maso podusit, či vařit ve větším objemu tekutin. Větší objem tekutin je nezbytný pro vyplavení purinů z jídla, což je při tomto onemocnění nezbytné. Zejména smažení a grilování masa je naprosto nevhodné a ze svého jídelníčku jej musíme úplně vyřadit. Je dobré, pokud se bavíme o malých porcích masa, které následně na talíř nakrájíme na tenké plátky, aby došlo k optickému zvětšení porce masa na talíři.

Také není vhodné přílišné používání koření, pokud bychom kořenili, nesmí se koření používat ve velkém množství a pokud možno pouze některé druhy koření, jako je například trocha kari koření, či červené papriky. Nejlepším způsobem, jak dodat masu chuť je použití bylinek, ať už sušených či čerstvých. Vhodné bylinky jsou libeček, bazalka, pažitka, řeřicha či celerová nebo petrželová nať. K masu je dobré přidat místo obvyklých příloh, jako jsou luštěniny, či brambory, spíše zelenina, ať už v podobě čerstvé zeleniny, dušené či grilované. Nejlépe zvolenou zeleninou mohou být např. rajčata, papriky, kedlubny a jako příloha brambory. Co se zeleniny týče, může se připravit formou vaření, dušení, grilování. Ovšem ani smažená zelenina zde není vyloučená, ovšem všeho s mírou, a zvláště pak je to nepřijatelné

u pacientů, kteří trpí obezitou nebo k obezitě již směřují. Dále by neměli mít zvýšené lipidy v séru. Není vhodné používat a konzumovat masové vývary nebo extrakty (SVAČINA, 2008).

4 EDUKACE

Samotný pojem edukace pochází z latinského slova educo, educare neboli vést, vychovávat. Edukaci definujeme jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Edukace zahrnuje dva termíny, o kterých budeme mluvit a těmi jsou vzdělání a výchova jedince. Oba zmíněné termíny jsou ruku v ruce a nemůžeme je od sebe oddělit. Pojem výchova a vzdělání není striktně vymezen. Mluvíme-li o vzdělání, je to jakýsi proces, který napomáhá jedinci, aby posunul své dovednosti, návyky a schopnosti kupředu a aktivně se zajímal. Následně vidíme určité vzdělání či kvalifikaci u jedince. Pojem vzdělanost nám ukazuje stupeň vzdělání v celé sociální skupině, státě či národě. V tomto pojmu je obsáhlá také úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství nebo např. kulturní život společnosti atd. Edukační procesy běží již od prenatálního období a vlastně až do smrti. Samotný pojem edukační proces vyjadřuje určitou práci lidí, která má za výsledek učení, ať už záměrně či nezáměrně. Jeden z prvních důkazů edukačního procesu může být např. zvládnutí mateřského jazyka u dítěte, to se později učí dalším komunikačním dovednostem jak od svých nejbližších, tak i okolí. Při tomto procesu probíhají 4 determinanty.

Jako první je edukant, dále edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukant je osoba, kterou budeme následně edukovat, bude také pojmát informace od edukátora. Ve vztahu se zdravotnictvím se zde jedná o buďto zdravého nebo nemocného člověka. Edukátor je člověk, který podává informace, opět ve zdravotnictví se jedná např. o lékaře, všeobecnou sestru či další nezdravotnický personál. Od edukační konstrukty se odvíjí úroveň edukačního procesu, jde zde např. o zákony či edukační standardy. Také potřebujeme místo, kde bude edukace probíhat. Což znamená, že musíme najít vhodné místo, co se týče vzdušnosti, osvětlení, velikosti, barvy atd., abychom zvolili správné edukační prostředí (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Vlastní edukační proces pak zahrnuje pět edukačních fází:

Posuzování – zde se řadí prvotní získání informací o pacientovi, jeho dovednostech a umění učit se. Pojednáváme o anamnéze.

Stanovení edukačních diagnóz – zde musíme přijít na pacientovy problémy, všeobecná sestra musí upřesnit vědomosti, návyky a dovednosti, které se u pacienta předpokládají, ale pořád je nemá.

Plánování – všeobecná sestra si sestaví to nejdůležitější, co se edukace týče. Následně bude všemi stanovenými složkami jako např. pedagogické principy, předávat informace pacientovi.

Realizace – dochází k již samotné edukaci pacienta, s ohledem na jeho individualitu.

Zhodnocení – v této poslední fázi rekapitulujeme to, zdali jsme dosáhli vytýčených cílů edukace a zdali sám pacient porozuměl a přiučil se všem předaným informacím (NEMCOVÁ et al., 2010).

Dále rozlišujeme edukaci jako základní, komplexní a redukční. Mluvíme-li o základní, vychází z toho, že si pacient osvojí a pamatuje všechny edukované vědomosti. Komplexní edukace nám pojednává o vědomostech a dovednostech, které vedou k udržení zdraví, či jeho zlepšení. Jako poslední máme redukční edukaci, která pokračuje v edukaci základní. Jde o rozvíjení a další pokračování ve zkušenostech a dovednostech (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Obecně by pojem edukace ve zdravotnictví měla napomocť k prevenci nemoci, udržení nebo navrácení zdraví a mimo jiné také napomocť ke kvalitnímu životu člověka. Velice důležitá je edukace hlavně v rámci prevence.

Mluvíme-li o primární prevenci, zde se zaměřujeme na zdravého jedince, a hlavně na prevenci nemocí. Co se týče sekundární prevence, tato je aplikovaná již u jedinců, u kterých nemoc probíhá. Je zde snaha o pozitivní postoj pacienta, jeho vědomosti a dovednosti. Snažíme se, aby pacient myslel pouze pozitivně, aby došlo k rychlejšímu zotavení se a nenastaly komplikace. Edukace je důležitá také v otázce dodržování léčebného režimu, soběstačnosti pacienta nebo na prevenci znovu vzplanutí nemoci. Poslední edukací, tedy edukace terciální, je zaměřena zejména na zlepšení kvality života. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

Co se týče edukace pacienta, jdou ruku v ruce s dnešní dobou, také i vyšší nároky na tento proces, a proto musí dojít k přizpůsobení se edukátora. Pro edukátora jsou nezbytné určité předpoklady v podobě charakteru, intelektu a určité senzomotorické, sociální a odborné

znalosti. Zdravotník jakožto edukátor, musí poskytnou dovednosti, znalosti a musí umět stanovit diagnostiku potřeb, či je následně zhodnotit. Pro roli edukátora je velice důležitá autoregulace a přizpůsobení se (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

5 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S DNOU

Pan D. K., 52 let, šel dne 20. 10. 1996 k praktickému lékaři, z důvodu nesnesitelné bolesti pravého palce u nohy. U lékaře mu ovšem nebyla hned diagnostikována dna, ale byl odeslán na rentgenové vyšetření do Městské nemocnice Ostrava. Pacient se podrobil vyšetření a následně se dostavil zpět k praktickému lékaři, kde mu byly naordinované ještě doplňující vyšetření moče a krve. Tyto potíže trvaly asi týden, kdy se pacient domníval, že si palec u nohy ukopl. Jelikož byla bolest stále narůstající a nesnesitelná, rozhodl se to řešit. Po všech určených vyšetřeních byla pacientovi oznámena diagnóza, dna. Pacient neměl o tomto onemocnění povědomí, a tak nastala edukace ze strany lékaře, která se skládala hlavně z edukace v oblasti jídelníčku či doporučení pohybové aktivity vzhledem k starým úrazům pacienta. Pacientovi byla předepsaná ordinace, kterou užíval v tomto akutním stádiu a další termín návštěvy po odeznění akutního stavu.

1) FÁZE POSUZOVÁNÍ

Jméno: D. K.

Věk: 52 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Bydliště: Ludgerovice

Rasa: bílá

Etnikum: slovanské

Zaměstnání: Ředitel technického dohledového centra

Anamnéza

Nynější onemocnění: občasná ataka dny, diabetes mellitus II. typu, zvýšený krevní tlak, zvýšený cholesterol

Osobní anamnéza: operace prasklého apendixu v 5 letech, spalničky v 7 letech, další běžná dětská onemocnění, v 19 letech příušnice, 2x přetrhlé vazy v koleni v roce 2006, zlomená žebra po pádu na ledu v roce 2013.

Alergická reakce: prach, pyl, břízy

Abúzus: alkohol příležitostně, 1x denně káva, nekuřák, žádné jiné návykové látky pacient neudává.

Farmakologická anamnéza: Siofor 500 mg 1-0-1 tbl. p.o., Apo-Allopurinol 100 mg 1-0-0 tbl. p.o., Lozap 50 ½-0-0 tbl. p.o.

Základní údaje

Tělesný stav	Občasné závratě a bolesti zad
Mentální úroveň	Orientován místem, časem i osobou
Komunikace	Plynulá, bez zadržávání, bez jakýchkoli obtíží s vyslovováním
Zrak, sluch	Nutnost běžného denního používání dioptrických brýlí na blízku
Řečový projev	Srozumitelný, bez problémů
Paměť	Neporušena jak krátkodobá, tak dlouhodobá paměť
Motivace	Sport – kulečnick (závodně), plavání, výšlapy na hory
Pozornost	Dobrá
Typové vlastnosti	Extrovert
Vnímavost	Velmi dobrá
Pohotovost	Velmi rychlá
Nálada	Optimistická, veselá
Sebevědomí	Přiměřené

Charakter	Klidný, velmi společenský, komunikativní, pracovitý, upřímný
Poruchy myšlení	Bez patologií
Chování	Přátelské
Učení	Typ – racionální Styl – systematické, logické, praktické Postoj – chce se dozvědět více v souvislosti s onemocněním Bariéry - žádné

(NĚMCOVÁ a kol., 2016)

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

Model fungujícího zdraví Majory Gordonové

1. Podpora zdraví

Pacient svůj zdravotní stav vnímá dobře a je rozhodnutý dělat vše proto, aby akutní ataky nebyly častější. Nikdy o tomto onemocnění neslyšel ani se o něj nezajímal. Strach z onemocnění pacient nemá a je rád že se objasnily jeho příznaky.

2. Výživa

Pacient jí zpravidla pravidelně třikrát denně, vzhledem k pracovní vytíženosti. Pacient má dietní omezení díky tomuto onemocnění a díky diabetu mellitus, která se snaží dodržovat. Chut' k jídlu udává normální, nepocítuje žádnou změnu či výkyv. Pacient váží 87 kg a měří 187 cm. Body Mass Index uvádí 25,4 což značí, že váha je v poměru s výškou. Tekutin denně vypije pacient alespoň 2,5 l, přičemž se jedná většinou o čistou perlivou vodu, čaj a jedna káva denně.

3. Vylučování

S vylučováním moči má pacient občasné potíže se slabým proudem moči. Močení je spontánní, bez příměsí a bez jakýchkoliv obtíží. S vyprazdňováním stolice nejsou žádné problémy. Vyprazdňování je zpravidla dvakrát za den.

4. Aktivita – odpočinek

Pacient je dost aktivní. Svůj volný čas tráví především tréninkem u kulečnickového stolu, který hraje závodně. Dále chodí často plavat, či preferuje chození po horách. Další častou aktivitou jsou procházky se psem či různé kulturní akce s manželkou či přáteli. Co se týče spánku, dochází k časté změně režimu, a proto je spánek občas narušený. Většinou spí 6 hodin. Žádnou medikaci na spánek neužívá.

5. Vnímání – pozorování

Co se týče vnímání a pozorování, pacient neudává žádné potíže. Při rozhovoru všemu rozumí a vše si pamatuje. Je orientován místem, časem i osobou. S pamětí a sluchem potíže nemá, co se zraku týče má pacient problémy s viděním na blízku, používá dioptrické brýle. Rád se vzdělává a zajímá se o všeobecné informace.

6. Sebepojetí

Se svým životem je pacient spokojený tak, jak nyní je. Život si užívá, jak jen může. S manželkou cestují a rádi poznávají nové věci. Jsou spolu již 28 let a jsou si vzájemně velkou oporou. Skvělé vztahy má také se svými dvěma dcerami. Pacient je pozitivní, přátelský, komunikativní a upřímný. Řeší pouze důležité věci a nedělá si velkou hlavu s malými drobnostmi.

7. Role – vztahy

Pacient žije v rodinném domě na vesnici s manželkou, jednou z dcer a psem. Děti má dvě, další neplánuje. S manželkou jsou spolu již 28 let a jejich vztah je stále milující a spokojený. Co se týče vztahu manželky k onemocnění pacienta, zajímá se hlavně o stravu, kterou pacient jíst může a vaří pro něj vše tak, jak by měl jíst. Pacientovi umřeli již oba rodiče, ale navštěvuje tchýni a tchána, kteří bydlí ve stejné vesnici kousek od pacienta a má s nimi velice dobré vztahy. S druhou, starší dcerou se také vidí často. Se svou jedinou starší sestrou se pacient vidí velice málo.

8. Sexualita

Pacient je heterosexuál, který vede aktivní sexuální život, bez jakýchkoli potíží. Více se pacient k tématu nevyjadřuje.

9. Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu

Stres pacient zvládá docela dobře, jelikož si to až tak moc nepřipouští a ví, že vše se dá vyřešit. Ve většině případů zachovává chladnou hlavu. Žádnou medikaci na tuto problematiku neužívá. Ve většině případů pacienta vidíte veselého, bezproblémového a s opravdu pozitivní náladou, je veliký „vtípkař“. Nikdy neřešil stres, či stresové situace alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Aktuální onemocnění nemá velký dopad na psychiku pacienta, ovšem v akutním stádiu onemocnění je velice indisponován.

10. Životní princip

Pacient se nehlásí k žádnému náboženství. Pro pacienta je důležité zabezpečit rodinu a nadále udržovat takové vztahy, jaké v rodině jsou. Velice důležité pro pacienta také je, nadále se věnovat kulečnicku.

11. Bezpečnost – ochrana

Co se týče zdravotnického zařízení, absolutně jej nevyhledává a k lékaři jde pouze v nejkrajnějším případě. Pokud není na zbytek, k lékaři se dostaví ve správný den i čas.

12. Komfort

Pacient je rád, že se přišlo na správnou diagnózu a ví, co dělat pro to, aby se neopakovaly časté akutní záchvaty.

13. Růst a vývoj

Pacient v dětství prodělal klasická dětská onemocnění a s růstem nikdy žádné obtíže neměl ani nemá.

Profil rodiny

Pacient je ženatý, žije s manželkou a mladší dcerou v rodinném domě na vesnici. Má dvě děti, dcery a další již neplánuje. Vlastní jednoho psa, se kterým i s manželkou chodí na pravidelné procházky. Rodiče pacienta již zemřeli. Pravidelně se stýká s tchýní a tchánem, s kterými má velice dobré vztahy a rád vždy pomůže s čímkoliv, s čím potřebují. Jejich rodinné vztahy jsou nadprůměrné. Dále má pacient jednu starší sestru, s kterou se ovšem nestýká pravidelně. Pacient má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou, obor

elektrotechnolog. V oboru zůstal a pracuje jako ředitel dohledového centra broadcastové firmy. Jeho práce ho baví, i když je to velmi náročné.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně-ekonomický stav

Vztahy v rodině mají velice dobré a pravidelně se navštěvují s výjimkou starší sestry, s kterou se pravidelně nestýkají. Největší oporou pro pacienta je manželka a jeho dvě dospělé dcery, s kterými má vynikající vztah. Pacient má opravdu pestrý i společenský život, jelikož hraje závodně kulečnick, nevyhýbá se ani jiným sportům v kolektivu přátel a rád se schází s přáteli a kolegy. Pracuje ve firmě jako ředitel, kde je velké stresové vypětí a mnoho důležitých věcí na něm, ale svou práci má rád a nemá nikterak velký problém zvládat stres. Z finanční strany je dobře zajištěn.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Životní styl je většinou pravidelný, správnou životosprávu pacient dá se říct dodržuje s občasnými výkyvy. Stravovací návyky jsou pravidelné, jelikož při tomto onemocnění se musí klást velký důraz zrovna na tuto problematiku. Má opravdu rád pálivá a kořeněná jídla, masné a červená masa. Toto vše díky dně musel velice omezit. Sladké jedl opravdu dost, dokud mu nediagnosticskovali cukrovku, od té doby sladkosti značně omezil, či si dopřeje dia výrobky. S příjmem tekutin není absolutní problém, minimálně 2 litry denně vody či čaje. Spánek je přiměřený, většinou chodí spát kolem 23 až 24 hodiny a spí 6 až 8 hodin denně. Před spaním sleduje většinou televizi, konkrétně sport. Rád se věnuje svým koníčkům a velkou částí jeho aktivity je práce kolem rodinného domu.

Kultura: sleduje televizi, chodí na fotbalové zápasy, občas hokejové, s manželkou chodí pravidelně do divadla, občas navštěvují koncerty.

Náboženství: žádné.

Hodnota: mezi jedny z hlavních hodnot je samozřejmě zdraví, dále zdravá, spokojená a zabezpečená rodina.

Postoj k nemoci: pacient se staví k onemocnění kladně, zvládá je, a hlavně je rád, že se mu onemocnění správně diagnostikovalo a ví, jak předcházet akutnímu stádiu a jeví zájem o nové informace v problematice onemocnění.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

S rodinou se pravidelně stýká, navzájem si pomáhají a podporují se. Rodinné vztahy mají velice dobré. Manželka s dětmi tvoří největší oporu pacienta. Pejsek, kterého vlastní, je pejsek od jeho zesnulého tatínka. Pejsek je pro něj také velká motivace, pravidelně chodí na procházky a dělá jen radost.

Porozumění současné situace rodinou

Rodina se postavila k pacientovu onemocnění bez jakýchkoli problémů, se zájmem a velice pozitivně. Podporují ho, v rámci stravování se pacientovi dost podřídili a drží s ním. Při akutní atace jsou největší oporou a pomáhají se vším, s čím pacient potřebuje. Hledají nové informace a diskutují o nich s pacientem. Motivují jej, aby dodržoval léčebná opatření a byl co nejdéle bez projevů onemocnění.

Vstupní test

Otázky:	Vstupní test:
Máte dostatek vědomostí o onemocnění dna?	NE
Znáte dietní opatření u Vašeho onemocnění?	NE
Víte, co dělat při akutním záchvatu dny?	NE
Víte, jak správně užívat léky?	ANO
Máte povědomí o vhodném pohybovém režimu při tomto onemocnění?	NE

Při kladení otázek ze vstupního testu je zřejmé, že pacient nemá dostatečné povědomí o onemocnění a také nemá až tak velký přehled o důležitých dietních omezeních, která by měl dodržovat. Při první otázce si pacient nebyl zcela jistý, a tak raději zareagoval odpovědí ne. Druhá otázka, která se týká hlavního problému tohoto onemocnění, což je dodržování a znalost správného dietního opatření se pacient rozmluvil o jídle a zjistil, že vlastně neví přesně a byl si dost nejistý, z tohoto důvodu odpověděl ne. Další otázkou jsme chtěli zjistit, zdali ví, jak se zachovat při akutním záchvatu dny, který pacienta překvapí pokaždé, když přijde i přesto, že tímto onemocněním trpí již řadu let, odpověděl tedy také ne. Předposlední otázka se zaměřuje na to, jestli pacient ví, jak správně užívat léky při tomto onemocnění, přičemž jasně a okamžitě odpověděl ano. Poslední otázka vstupního testu byla, jestli má pacient povědomí o vhodném pohybovém režimu a aktivitách při tomto onemocnění, zde

byla pacientova odpověď jednoznačně ne. Po vyhodnocení vstupního testu vyplývá, že je potřeba u pacienta provést edukaci v oblasti správného dietního opatření. Další z edukací bude zahrnovat správný pohybový režim a celková životospráva pacienta. Samozřejmě také nesmíme zapomenout pacienta edukovat v oblasti toho, co dělat, když nastane akutní ataka onemocnění.

Motivace pacienta: pacient jednoznačně jeví zájem o informace, u kterých si nebyl jist při vstupním testu. Velmi rád by měl přehled hlavně o potravinách, které jsou pro něj dobré, a které ne. Také ho zajímá, jak je to s alkoholem či pohybovými aktivitami. Neméně ho zajímá také to, co může udělat hned při akutní atace onemocnění a jakým správným životním stylem tomu tedy předcházet.

2) FÁZE – STANOVENÍ EDUKAČNÍ DIAGNÓZY

Deficit vědomostí:

- o onemocnění dna
- o dietních omezeních
- o tom, co dělat při akutní atace onemocnění
- o vhodném pohybovém režimu
- o požívání alkoholu.

Deficit v postojích:

- ke stravovacímu režimu
- k pravidelným návštěvám lékaře.

Deficit zručnosti:

- v pravidelném pohybovém režimu.

3) FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priority: na základě zhodnocení vstupního testu byly stanoveny tyto priority edukačního procesu:

- edukace o dietním režimu

- edukace o tom, co dělat při akutní atace
- edukace o vhodném pohybovém režimu
- edukace o požívání alkoholu
- edukace o pravidelných návštěvách praktického lékaře.

Podle struktury: čtyři edukační jednotky

Záměr edukace:

- podat informace o onemocnění dna
- vysvětlit dietní opatření
- poučit o požívání alkoholu
- informovat o tom, co dělat při akutní atace
- vyzdvihnout nutnost pravidelných návštěv u praktického lékaře.

Podle cílů:

- **Kognitivní** – pacient má povědomí a dostatek informací o dně, ví, jaká dietní opatření musí dodržovat a jak jídlo upravovat, ví, že musí mít dostatek pohybové aktivity, pokud přijde akutní ataka dny, ví, co má dělat a uvědomuje si důležitost pravidelných kontrol u praktického lékaře.
- **Afektivní** – pacient se zajímá a aktivně zapojuje do edukace, ptá se, prokazuje zájem o získávání nových informací, dodržuje veškerá opatření k udržení jeho onemocnění pod kontrolou.
- **Behaviorální** – pacient dodržuje nastavený léčebný režim, dochází na pravidelné kontroly k praktickému lékaři, přesně ví, co jíst a jak jídlo upravovat.

Podle místa realizace: edukace byla provedena v domácím prostředí se souhlasem pacienta a se zájmem dozvědět se mnohem více informací o onemocnění.

Podle času: edukační proces probíhal po dobu tří dnů v odpoledních hodinách.

Podle výběru: rozhovor, internet, kuchařky v knižní i elektronické podobě, diskuze, edukační letáčky, vstupní a výstupní test.

Edukační pomůcky: papír, tužka, písemné pomůcky, odborné letáky a brožury, odborná videa, odborné knížky, notebook, obvazový materiál.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: úvodní – iniciální.

Struktura edukace:

1. **Edukační jednotka:** Správný dietní režim.
2. **Edukační jednotka:** Vhodná pohybová aktivita.
3. **Edukační jednotka:** První pomoc při akutní atace dny.
4. **Edukační jednotka:** Požívání alkoholu a pitný režim.

Časový harmonogram edukace:

1. **Edukační jednotka:** 7. 3. 2018 od 15:00 do 15:40 (40 minut)
7. 3. 2018 od 16:00 do 16:45 (45 minut)
2. **Edukační jednotka:** 8. 3. 2018 od 15:00 do 15:45 (40minut)
3. **Edukační jednotka:** 9. 3. 2018 od 15:00 do 15:45 (45 minut)
4. **Edukační jednotka:** 9. 3. 2018 od 16:00 do 16:40 (40 minut)

4) FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Správný dietní režim.

Místo edukace: Domácí prostředí pacienta.

Časový harmonogram: 7. 3. 2018 od 15:00 do 15:40 (40 minut)

7. 3. 2018 od 16:00 do 16:45 (45 minut)

Cíl:

- **Kognitivní** – pacient získal vědomosti o možnostech vhodných potravin a správného stravování se při onemocnění dna, rozumí a ví, jaké potraviny může jíst a jaké ne.
- **Afektivní** – pacient jeví zájem o nové informace v oblasti dietního omezení při onemocnění dna. Jeho účast na edukaci je aktivní a uvědomuje si důležitost dodržování správného stravování.
- **Behaviorální** – pacient přesně ví a vyjmenuje potraviny, které jsou pro něj škodlivé a jaké potraviny by měl do svého jídelníčku zařadit.

Forma: individuální.

Prostředí: domácí.

Edukační metody: videa, odborné články, kuchařky, dialog, vysvětlení dotazů, diskuze s pacientem.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, odborná literatura, kuchařky, odborné články, obrázky a videa.

Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) uvítání pacienta, vytvoření vhodného edukačního prostředí, vysvětlení průběhu edukace a podpora pacienta k aktivitě.
- **Expoziční fáze:** (55 minut)

Zásady stravování pacienta s onemocněním dna

Nejdůležitější věcí je vyloučení potravin, které mají v sobě vysoký obsah purinů. Nutné je omezit živočišné bílkoviny a tuky. Pozor na kuchyňskou sůl, i zde je nutnost omezení. Velice dobré je zařadit do jídelníčku alespoň jeden kus ovoce, či zeleniny denně. Musíme klást důraz na vyváženou stravu s celkovým omezením energetického příjmu. Bílkoviny jsou samozřejmě jednou z nejdůležitějších složek v jídle, ovšem při onemocnění dnou zapříčiní vysoký příjem purinů v potravě. Bílkoviny najdeme jak v živočišné stravě, jako jsou například masa, tak také v rostlinné stravě jako je mouka či rýže. Důležitou složkou potravy, kterou bychom měli přijímat, jsou vitamíny, a to především vitamín B a C. Vitamín B najdeme hlavně v ovoci a zelenině.

Seznámení pacienta s konkrétními potravinami

Mléčné výrobky jsou velice dobré při tomto onemocnění, neobsahují příliš velké množství purinů, a proto se doporučují. Mléko a mléčné výrobky nám mohou nahradit tak potřebnou bílkovinu z masa. Ovšem máme zde i mléčné výrobky, které se nedoporučují a to jsou např. vysokotučné, plísňové a dlouho zrající sýry. Velice nebezpečnou složkou při tomto onemocnění je maso a vnitřnosti, které jsou opravdu rizikové potraviny, jelikož obsahují vysoký podíl purinů. Doporučují se masa jako hovězí, vepřová a libová, ovšem s omezením 50 g 1x denně. Z jídelníčku musíme bohužel vyloučit telecí, zvěřinu, drůbež i mořské plody a ryby úplně. Co se týče vajec, maximální denní dávka je jedno vejce, pokud by se dávka

překročila, je zde opravdu velké riziko vyvolání záchvatu. Dalším důležitým upozorněním je, co se týče úpravy jídel, vyhýbat se smažení na oleji. Další složkou v potravě jsou luštěniny, které mají také vysoký obsah purinů, proto by měla být jejich konzumace hodně omezená. U zeleniny si musíme dávat také pozor na obsah purinů. Zelenina, která je nevhodná je hrášek, květák, celer, špenát, brokolice, kapusta či červená řepa. Ze zeleniny, která je velice preferovaná a doporučována vyzdihneme hlávkový salát, salátovou okurku, mrkev, kedlubny, dýně, zelené fazolky či rajčata. Použití zmražené nebo sterilizované zeleniny je dovoleno. Ovšem nejlepší způsob podání je syrová, čerstvá zelenina. Důležitou složkou je také ovoce, které by se mělo objevit v jídelníčku klidně 2 až 4krát denně. Co se ovoce týče, zde není v podstatě žádné zakázáno. Pokud můžeme nějaké ovoce vyzdihnout, bylo by to pak hroznové víno nebo třešně. U ovoce můžeme také vybírat dle obsahu vitamínu A a C.

Doporučená potravinová pyramida

Potravinová pyramida nám přiblíží skladbu potravin, doporučenou dávku a poměr druhů potravin v jídelníčku, který by měl být doporučený. Co se týče obilovin, rýže, těstovin a pečiva je zde jako doporučená dávka 1 krajíc chleba, cca 60 g, 1 rohlík nebo houska, 1 miska vloček, 1 kopeček rýže nebo těstovin, cca 125 g. Zelenina – vše po jedné porci, jedna větší paprika, mrkev nebo 2 rajčata, půl talíře brambor nebo jedna sklenice zeleninové šťávy. U ovoce to máme také vytyčené na jednu porci a zde zahrneme například jedno jablko, pomeranč nebo banán, u banánu ovšem pozor, obsahuje velké množství cukru, a tak je nejlepší cca 100 g banánu. Dále miska jahod, borůvek nebo také jedna sklenice ovocné šťávy. Co se týče mléčných výrobků je na den dovoleno např. 250 ml mléka, což je jedna sklenice, jeden kelímek jogurtu nebo 55 g sýru. U ryb, masa, drůbeže, vajec a luštěnin je doporučeno asi 125 g drůbežního masa nebo ryb, velice dobrým masem je krutík. Dále 2 vařené bílky nebo jedna porce sójového masa. Tuků a cukru na den je maximální dávka asi 10 g.

Ukázkový jídelníček při dně

Pro inspiraci zde vytvoříme ukázkový jídelníček. Na snídani si například můžeme dát chléb (50 g) a jedno vejce, které bude uvařené naměkko. Na svačinu si dáme v dopoledních hodinách ovoce, jakékoli, které máte rád. Takže např. 1 jablko, pomeranč či hrušku. Na oběd dle chuti libové vepřové maso (70 g), u kterého dáváme přednost dušení či vaření, jako přílohu brambory (100 g) a k tomu míchaný zeleninový salát dle chuti (250 g). Pokud máme chuť

na rybu, můžeme podat např. lososa (50 g) nebo pro milovníky jiné alternativy, můžeme podat tofu (70 g). Na druhou, odpolední svačinu volíme 100 g zeleniny nebo opět ovoce. Na večeři můžeme zvolit opět chléb (50 g), trochu margarínu, sýr (max. 30 % v sušině) a doplnit např. rajčatovým salátem, dle chuti. Dále třeba celozrnnou housku (50 g) s tvarohovou pomazánkou. Vše samozřejmě upravit dle vlastních chutí a dle povolených a zakázaných potravin, viz. výše.

- **Fixační fáze:** (20 minut) kompletní shrnutí a utřizení si potravin vhodných a nevhodných.
- **Hodnotící fáze:** (5minut) během diskuze po edukaci zhodnotíme reakci pacienta a jeho zpětnou vazbu, pacientovi byly samozřejmě kladeny otázky, pro ověření si, zdali je pacient dobře informován.

Kontrolní otázky pacientovi:

Víte, které potraviny jsou vhodné při Vašem onemocnění?

Víte, které potraviny jsou vysoce nevhodné při Vašem onemocnění?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle 1. edukační jednotky byly splněny. Na kontrolní otázky pacient odpověděl zcela výborně a adekvátně na ně reagoval. Pacient přesně pochopil a zapamatoval si potraviny, které může konzumovat, a které by mu naopak dost ublížily. Také si osvojil vhodnou úpravu potravin. Při diskuzi byl pacient prozkoušený z různých potravin, a dokonce si i sám začal sestavovat jídelníček, dle ukázkového, který by jemu přesně vyhovoval. Pacient byl po celou dobu aktivní, ptal se, kladl otázky, které byly následně konzultovány. Zapojoval se do diskuze a celá edukační jednotka probíhala 85 minut, samozřejmě s přestávkou.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Vhodná pohybová aktivita.

Místo edukace: Domácí prostředí pacienta.

Časový harmonogram: 8. 3. 2018 od 15:00 do 15:45 (40minut)

Cíl:

- **Kognitivní** – pacient získá vědomosti o nutnosti pohybové aktivity u onemocnění dna.
- **Afektivní** – pacient jeví zájem o informace ohledně pohybové aktivity při tomto onemocnění, zapojuje se do konverzace, ptá se na otázky, které ho zajímají a aktivně spolupracuje.

Forma: individuální.

Prostředí: domácí.

Edukační metody: vysvětlení, rozhovor, diskuze, kladení otázek

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, tužka, videa, letáčky, notebook.

Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) uvítání pacienta, vytvoření vhodného edukačního prostředí, vysvětlení průběhu edukace a podpora pacienta k aktivitě.
- **Expoziční fáze:** (20 minut)

Pohybová aktivita

Samotná pohybová aktivita hned v počátku a v rámci prevence má za hlavní úkol minimalizovat příčiny nemocí a také zvyšovat odolnost vůči ostatním různým nemocem. I při tomto onemocnění je velice důležitý pohyb a redukce váhy. Pohybová aktivita zde napomáhá i při eliminaci nástupu akutní ataky. Pohyb totiž rozproudí krev a metabolismus a dokáže pomoci upravit hodnoty kyseliny močové. Mimo jiné napomáhá udržet také klouby v hybnosti a zabraňuje jejich deformaci. Při onemocnění dna je také občas vhodné malé otužování ve smyslu studené sprchy na postižený kloub či nohy, ovšem musíme myslet i na to, že případné prochlazení nemoci nepomůže. Všeobecně pohybová aktivita pozitivně stimuluje produkci endorfinů v mozku, v důsledku toho přichází dobrá nálada, lepší snášení bolesti, uvolnění. Aktivizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému, např. jako zvýšená odolnost vůči stresu. Důležité je, že dochází k uvolnění svalového napětí a dochází k úpravě biochemických hodnot tuků v krvi, dochází ke změně metabolismu tuků. Preventivní důsledek pohybové aktivity je také vliv na úbytek vápníku z kostí. Dochází k zvyšování, hlavně při tomto onemocnění důležité, pevnosti a pružnosti kloubů, kloubních vazů a úponových svalových šlach, lepší ohebnost kloubů, svalová síla a vytrvalost svalů.

Mimo jiné díky pohybové aktivitě také dochází ke zpomalení procesu stárnutí a díky toho je také prodloužená délka života.

Doporučená pohybová aktivita

Zaměříme-li se přímo na určitou pohybovou aktivitu, tak je důležité uvědomit si, že pokud trpíme nadváhou, musíme pohybovou aktivitu tomuto přizpůsobit. Obézní lidé nedosáhnou hned ze začátku dostatečné intenzity a délky pohybové aktivity. Výbornou formou pohybu ze začátku je chůze. Pokud zahrneme chůzi do naší pohybové aktivity alespoň 3x-5x týdně po dobu 30 minut a postupně jí budeme zvyšovat až na 45 minut, je to to nejjednodušší a nejlevnější, co můžeme sami pro sebe udělat. Ovšem pokud jsme již v začátku rozvoje ataky dny a kloub začíná být oteklý nebo bolestivý, je chůze vyloučena a doporučili bychom spíše rotoped nebo nejvhodnějším sportem při tomto onemocnění, plavání. Při plavání nedochází k zatěžování kloubu palce, mimo jiné je kloub ve vodě a není zatěžován jako při chůzi, kdy na sebe přebírá veškerou stabilitu těla. Po zhodnocení stavu se za nejvhodnější pohybovou aktivitu doporučuje chůze, plavání, jízda na kole, rotopedu. Také se doporučuje běh zejména u mužů, díky němuž dochází ke snížení kyseliny močové v krvi. Ovšem dle úsudku každého, je vlastně jakákoli pohybová aktivita dobrá, pokud se dělá správně a nepřehání se. Např. náš pacient D. K. hraje závodně kulečnický a je to pro něj úžasný způsob jak relaxace, tak sportu zároveň. Dále, jelikož je vlastníkem rodinného domu, neustále pracuje okolo něj, kde je pořád co dělat. Také jako doporučení je určitě vhodné každodenní ranní protažení se, tzv. malá rozcvička, kde se zaměříme i na rozcvičení kloubů nohy. Ovšem jako nevhodnou pohybovou aktivitu můžeme označit takovou, která nepřiměřeně zatěžuje kardiovaskulární či pohybový aparát, jako takovou bychom mohli označit pohybovou aktivitu, která nepřiměřeně zatěžuje klouby, ať již zmíněný běh, pokud je přítomná také obezita nebo např. volejbal. Další aktivitou, se kterou se setkáváme při každodenních činnostech, je například chůze ze schodů či túry a následná cesta z hor dolů, kdy dochází k velkému zatížení kloubů.

Protážení celého těla

Lehněte si na záda na nějakou podložku. Ruce natáhněte nad hlavu a nohy nechejte rovně na podložce. Následně zkuste natáhnout všechny končetiny co nejdále umíte. Toto provádějte alespoň po dobu 30 vteřin a pak si oddychněte. Pokud je to provedeno správně, cítíte protáhnuté celé tělo.

Protáhnutí kolenních kloubů

V leže na podložce budeme střídavě přitahovat pokrčená kolena k hrudníku. Následně rukama jemně zatlačíme za holeně, abychom si kolena přitáhli ještě více. Stejně jako v předchozím protažení, se snažíme vydržet 30 vteřin.

Uvolnění drobných kloubů nohy a prstů na noze

Zaujměte pohodlnou polohu v sedě. Propleťte si prsty levé nohy s prsty na pravé ruce a dále pak prsty pravé nohy s prsty levé ruky. Začněte s prováděním větších kroužků v kotníku na obě strany. Dále pak menší kroužky v zánártní oblasti na obě strany.

- **Fixační fáze:** (10 minut) zopakování a zdůraznění si důležitosti pohybové aktivity a vhodných aktivit, shrnutí a nepodceňování aktivit.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení zpětné vazby a pochopení díky diskuze, položení otázek a zhodnocení správnosti odpovědí na konkrétní téma.

Kontrolní otázky:

Chápete důležitost pohybové aktivity při onemocnění dna?

Víte, jaká pohybová aktivita je pro Vás nejvhodnější?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle 2. edukační jednotky byly splněny. Na kontrolní otázky pacient odpověděl dobře a reagoval adekvátně. Pacient pochopil důležitost pohybové aktivity a již sám začal uvažovat, jakou aktivitu krom jeho koníčku, což je již zmíněný kulečník, začne vykonávat. Při diskuzi byl pacient aktivní, vyptával se a přemýšlel. Pacient byl po celou dobu aktivní, předvedl protahovací cviky, ptal se, kladl otázky, které byly následně konzultovány. Zapojoval se do diskuze a celá edukační jednotka probíhala 40 minut.

3. edukační jednotka

Téma edukace: První pomoc při akutní atace dny.

Místo edukace: Domácí prostředí pacienta.

Časový harmonogram: 9. 3. 2018 od 15:00 do 15:45 (45 minut)

Cíl:

- **Kognitivní** – pacient bude vědět, jak se zachovat v případě akutní ataky dny, zvládne si pomoci a udělat vše správně tak, aby ataka rychle odezněla.
- **Afektivní** – pacient se aktivně zapojí do provedení první pomoci a dodržení všech aspektů, jeví zájem o dané téma, klade dotazy, vhodně komunikuje, spolupracuje a chápe význam vědomostí první pomoci.
- **Behaviorální** – pacient zvládá sám první pomoc při akutní atace.

Forma: individuální.

Prostředí: domácí.

Edukační metody: názorná praktická ukázka, video a obrázky, dialog, vysvětlení dotazů, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, obvazový materiál, obrázky.

Realizace 3. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) uvítání pacienta, vytvoření vhodného edukačního prostředí, vysvětlení průběhu edukace a podpora pacienta k aktivitě.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Rozpoznání akutního dnavého záchvatu

Akutní dnavý záchvat se většinou objeví po porušení dietních omezení, a to zejména po nějakém večírku, kde se dostatečně jedlo a holdovalo alkoholu. Záchvat dny přijde náhle a většinou se objeví v noci, kdy můžete mít pocit, jako byste měl klouby nebo svaly v jednom ohni. Z toho již vyplývá, že postižený kloub bude dosti teplý až horký, samozřejmě oteklý a dost napjatý, což je každopádně strašně nepříjemné.

Příznaky akutního dnavého záchvatu

Musíme se zaměřit na intenzivní silné bolesti, otok kloubu a zarudnutí v jeho oblasti. Jedná se o postižení kloubu, a to ve většině případů u palce nohy, kloub kotníku, zápěstí nebo také lokte. Jelikož dochází k otoku, mnohdy se postižená kůže může zdát jako poničená. V určitých případech nemůžeme vyloučit ani to, že jsou zasáhnuté 2 i více kloubů najednou.

Znamení je bolest při chůzi

Při rozvoji příznaků akutního záchvatu je jakýkoli pohyb a zejména tlak na kloub nesnesitelný. Působí obrovskou bolest, kde vám může vadit už jen to, že byste si měli kloub přikrýt dekou či peřinou. Také máte paniku jen, když kolem vás někdo projde, a to dost blízko u kloubu, který je postižený. V postiženém kloubu dochází k velkému omezení jeho hybnosti a může se také stát, že hybnost naprosto ztratíte.

Co nejrychlejší léčba a řešení akutní bolesti

Pokud tento stav nebudete řešit, nastává samozřejmě zhoršení stavu a může následně dojít až k poškození daného kloubu. Pokud máte také horečku a kloub je viditelně zanícený, je zde nutná okamžitá lékařská pomoc. Pokud tento stav nebudete řešit, může akutní záchvat trvat až několik dní, pokud se obrátíte na lékařskou pomoc a budete dělat vše proto, aby bolesti odezněly, bude tento stav trvat zpravidla maximálně týden. U některých lidí, trpících tímto onemocněním, může dojít za celou dobu třeba jen k pouhému jednomu záchvatu. Jiní tím můžou naopak trpět velice často.

První pomoc při akutním dnavém záchvatu – domácí prostředí

Končetinu, kde je poškozený kloub, zbavte oblečení, odhalte ji a dejte do zvýšené polohy. Nechte odkrytou peřinu, či deku tak, aby postižená končetina byla na vzduchu. Pod končetinu dejte polštář, stočenou peřinu nebo cokoli, co máte po ruce. Pozor, ať postižené končetině neublížíte ještě více, musí to probíhat opatrně. Dalším krokem je chlazení. Je velice důležité položit ledový obklad na postižený kloub a chladit jej pro zmenšení otoku a zmírnění bolesti. Buďto přiložte ledový obklad, zmraženou zeleninu v sáčku nebo třeba namočený kapesník do ledové vody a dále na postižený kloub a okolí. Následně jej můžete obmotat ručníkem nebo látkovou plenou, aby na postiženém místě ledový obklad vydržel a působil přesně tam, kde má. Kloub by se měl ledovat maximálně ve dvaceti minutových intervalech. Necháme ledový obklad na postiženém místě po dobu dvaceti minut, následně jej sundáme a dáme další, který bude opět ledový a nějakou dobu tento proces budeme opakovat. Nesmíme nechat ledový obklad déle než již zmiňovaných dvacet minut, jelikož může pak dojít k poškození kůže, až omrzlině. Před každým dalším přiložením ledového obkladu musíme zkusit osahat končetinu, zdali v ní je cit a teplota. Toto je nejrychlejší a neúčinnější první pomoc v domácím prostředí a nejčastěji během noci, kdy potřebujeme akutní bolest co nejlépe zvládnout a dostat pod kontrolu, než nastane ráno a zajdeme si k lékaři.

První pomoc při akutním dnavém záchvatu – léky

Další nevyhnutelnou možností, v tomto stavu je návštěva lékaře a předepsání léků. Většina lidí, kteří tímto onemocněním trpí, má samozřejmě léky, které napomáhají zklidnit a zvládnout akutní záchvat doma v lékárnice. Tyto léky zabírají během 12-24 hodin a zmírňují příznaky. Existuje samozřejmě mnoho značek a léků, které vám může lékař předepsat, např. diclofenac či indometacin. Většina postižených tímto onemocněním tyto léky užívá bez vedlejších účinků, které se ovšem objevit mohou. Riziko zde je, že pokud užíváte dohromady také jiné léky, může dojít k tomu, že se protizánětlivé léky mohou krýt, a proto je nejlepší poradit se s lékařem. Předepsané protizánětlivé léky užívejte pouze po jednom, dodržujte doporučené dávkování a neberte zbytečně více léků najednou. Léky se musí užívat v období akutní ataky a následně ještě 48 hodin po záchvatu.

Neúčinnost protizánětlivých léků

Může nastat situace, že nasazené protizánětlivé léky nejsou dostatečně účinné, přichází na řadu kolchicin. Jde o lék, který je vyroben z rostliny, která se nazývá ocún jesenní. Není to lék zaměřený na bolest, ale funguje na principu snížení schopnosti urátových krystalů, které samozřejmě působí na klouby, a tak dochází k tomu, že snižují zánět a následně také částečně bolest při akutním záchvatu. Kolchicin je samozřejmě na lékařský předpis. Ovšem efektivnost je zde pouze, pokud se užije do 12 hodin od začátku záchvatu. Tento přípravek musí být užíván pouze v menších dávkách, to musíme mít na paměti. Dochází u něj k nežádoucím účinkům, které jsou nejčastěji, a u většiny lidí, průjem, dále bolesti břicha či nevolnost. Opět je zde nutnost dodržování doporučeného dávkování. U většiny se nedoporučuje překročit počet 2-4 tablet kolchicinu denně.

Další léky

Jedná se o kortikosteroidní tablety. Váš lékař vám musí vysvětlit o co jde a přiblíží veškerá pro a proti. Je to totiž druh steroidů, který se doporučuje a předepisuje u jedinců, kteří jsou imunní na jiný druh léčby, tudíž u lidí, kteří jsou rezistentní na protizánětlivé léky či kolchicin. Pokud jde o užívání v krátkodobých intervalech, nezpůsobí kortikosteroidní tablety žádné potíže. Pokud se ale užívají dlouhodobě a zároveň ve vysokých dávkách, mohou vyvolat nepříjemné nežádoucí účinky, jako zvýšení tělesné váhy, řídnutí kostí, podlitiny, svalovou slabost či větší náchylnost k infekci. Co se týče kortikosteroidů, zvyšují hladinu cukru v krvi, takže u pacientů trpících diabetem, může dojít k jeho zhoršení. Pokud se již

léčíte také se špatnou funkcí ledvin, máte poškozená játra, či srdeční potíže, nesmí se kortikosteroidy používat vůbec.

- **Fixační fáze:** (10 minut) kompletní zhodnocení a shrnutí první pomoci při akutním dnavém záchvatu, zopakování si všech kroků a zdůraznění kladení důležitosti takto postupovat.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) během závěrečné diskuze se zhodnotila zpětná vazba pacienta a byly mu kladeny otázky k ověření dané činnosti.

Kontrolní otázky:

Víte, co dělat, pokud vás přepadne akutní dnavý záchvat?

Uvědomujete si důležitost dodržení těchto postupů?

Zhodnocení edukační jednotky

Cíle, které jsme si na začátku edukační jednotky stanovili, byly splněny. Na otázky pacient odpověděl správně a přesně zopakoval postup první pomoci, zejména té domácí. Důležité je, že pacient pochopil důležitost povědomí první pomoci a její následné provedení. Provedený praktický nácvik provedl naprosto bezchybně a bez dopomoci. Pacient velice aktivně spolupracoval a aktivně se zapojoval. Kladl otázky, na které mu bylo následně odpovězeno. Edukační jednotka probíhala v rozmezí 45 minut.

4. edukační jednotka

Téma edukace: požívání alkoholu a pitný režim.

Místo edukace: domácí prostředí pacienta.

Časový harmonogram: 9. 3. 2018 od 16:00 do 16:40 (40 minut)

Cíl:

- **Kognitivní** – pacient má dostatek informací o zákazu požívání alkoholu a nutnosti dodržování pitného režimu.
- **Afektivní** – pacient se aktivně zapojoval, aktivně kladl otázky, spolupracoval a pochopil význam předaných informací o nutnosti dodržování zákazů požívání alkoholu a nutnosti dodržování pitného režimu.

Forma: individuální.

Prostředí: domácí.

Edukační metody: rozhovor, diskuze, otázky.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, odborné články, papír, letáčky.

Realizace 4. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) uvítání pacienta, vytvoření vhodného edukačního prostředí, vysvětlení průběhu edukace a podpora pacienta k aktivitě.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Pitný režim

Velice důležitým aspektem při onemocnění dna, je ke všem dietním opatřením také nutno dodržovat pitný režim. Tak důležitý je hlavně z toho důvodu, že pokud nemocný dostatečně pije, dochází k vylučování kyseliny močové. Mezi vhodné nápoje můžeme zařadit zejména neslazené a neperlivé nápoje alkalické povahy jako je např. Rudolfův pramen z Mariánských Lázní, Bílinská kyselka, Poděbradka, Mattoniho kyselka, obyčejná, čistá voda z kohoutku. Ovšem tak jako je důležitá konzumace ovoce a zeleniny, jsou jakožto nápoje doporučovány at' už ovocné či zeleninové čerstvé šťávy, ovšem v rozumném množství. Doporučeným nápojem jsou také různé druhy čajů, ale doporučován je např. urologický čaj či bezinkový.

Dalším vhodným nápojem je káva či zelený čaj, protože z důvodu obsahujícího kofeinu působí jako diuretikum, což má dále za následek častější močení, které je nezbytné při tomto onemocnění a vylučování kyseliny močové. Káva nemá špatný vliv na toto onemocnění, spíše naopak. Pokud hovoříme o množství tekutin, nejlépe to jsou 2-3 litry denně.

Alkohol

Tento druh tekutin je při onemocnění dna naprosto vyloučený. Je to z důvodu, že zvyšuje hladinu močoviny na velice vysoké hodnoty. Po alkoholových večírcích se nejčastěji objevují akutní dnové záchvaty. Nejhoršími druhy alkoholu pak jsou šumivá vína, červená vína, destiláty a vícestupňová piva. Například co se týče piva, je zde mnohem vyšší obsah škodlivých purinů než v jiných alkoholických nápojích. Alkohol sám o sobě

neobsahuje vysoký podíl purinů, ale obsahuje etanol, který má za následek již zmiňovanou vysokou urikemii. Díky konzumaci alkoholu dochází ke sníženému vylučování kyseliny močové v moči. Jedním z aspektů je taky ten, že pacienti, kteří ve zvýšené míře požívají alkohol, následně zapomínají na užívání léků.

Přírodní nápoje

Jako alternativní postupy v léčbě dny a také dodržení vhodného pitného režimu se doporučuje pít třikrát denně sklenici vody smíchanou se dvěma lžičkami semene miříku celeru či sadce nachového, které napomáhají k vylučování kyseliny močové. Dále se doporučuje např. čaj z čerstvých kopřiv, čaj z plavuně vidlačky, čaj z přesličky rolní. Také se jako doplněk doporučuje pít vodu smíchanou s chlorelou či mladým ječmenem. Mezi další vhodné bylinky řadíme třeba lopuch, yzop či vojtěšku.

Postup při přípravě čajů z bylin

Čaj se připravuje z usušených listů bylin, které se následně spaří vařící vodou a následně se nechají 10 minut vyluhovat. Čaj by se pak měl pít třikrát denně, nejdéle dva týdny.

Nevhodné nápoje

Tady můžeme zařadit jakékoli sladké nápoje a sladké perlivé minerálky. Nepřiměřené množství džusů se také vylučuje. Také jedním z nevhodných nápojů je kakao, jelikož je v něm vysoký obsah kyseliny šťavelové.

- **Fixační fáze:** (5 minut) zopakování nejdůležitějších nápojů, které jsou zakázané a naopak, které jsou povolené a zdůraznění důležitosti tyto doporučení dodržovat.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) diskuze, zhodnocení vědomostí pacienta a zpětné vazby, kladení otázek pacienta.

Kontrolní otázky podané pacientovi:

Je vám jasné, jak je důležitý pitný režim?

Víte, jaké tekutiny můžete pít a jaké jsou zakázané?

Zhodnocení edukační jednotky:

Pacient si uvědomuje důležitost pravidelného a dostatečného příjmu tekutin, ví, co to znamená při jeho onemocnění a proč musí dodržovat určitý denní příjem tekutin. Dále byl pacient postupně prozkoušen z určitých nápojů, čajů, bylin a šňáv, které může a nemůže konzumovat při jeho onemocnění. Pacient dokázal vyjmenovat jak vhodné, tak nevhodné nápoje, včetně uvědomění si, že alkohol je naprosto vyloučený. Pacient je v této oblasti rozhodně zodpovědný a ujistil, že tato edukační jednotka byla v pořádku a je rád, že ví, co musí ze svého pitného režimu vyloučit, neboť to konzumoval. Pacient získal nové vědomosti v tomto ohledu a projevil po celou dobu zájem. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 40 minut.

5) FÁZE - ZHODNOCENÍ

Na samotný závěr edukace, pacient vyplnil znovu vědomostní test. Otázky testu se shodují s prvotním vstupním testem položeným v první fázi edukačního procesu a nebyly nijak pozměněny.

Porovnání odpovědí vstupního a výstupního testu

Otázky:	Vstupní test:	Výstupní test:
Máte dostatek vědomostí o onemocnění dna?	NE	ANO
Znáte dietní opatření u Vašeho onemocnění?	NE	ANO
Víte, co dělat při akutním záchvatu dny?	NE	ANO
Víte, jak správně užívat léky?	ANO	ANO
Máte podvědomí o vhodném pohybovém režimu při tomto onemocnění?	NE	ANO

Jakmile dojde ke srovnání odpovědí ze vstupního a výstupního testu, je naprosto očividné, že pacient nyní odpovídal na veškeré otázky kladně, a to bez výjimky. Nyní má pacient dostatek informací o onemocnění dna, kterým rozumí. Osvojil si jedno z nejdůležitějších nutností při tomto onemocnění, a to jsou dostatečné vědomosti o dietním opatření při tomto onemocnění.

Pokud by nastal u pacienta akutní dnový záchvat, již ví naprosto jistě, jak se zachovat a co udělat pro to, aby mu bylo lépe. Co se týče medikace, již si je naprosto jistý v jejím užívání a možnostech. Také nabyl vědomostí o vhodném a nevhodném pohybovém režimu při tomto onemocnění a dostal také rady, jak se správně protáhnout. Po celou dobu edukace se pacientovi dostávalo pochvaly a motivace, pacient byl opravdu aktivní, pozorný, zapojoval se do diskuze, aktivně kladl otázky a diskutoval.

U pacienta byly stanoveny čtyři edukační jednotky, se kterými byl samozřejmě samotný pacient předem obeznámen. Pacient se během celé edukace aktivně zapojoval, kladl adekvátní dotazy a byl velice vděčný a spokojený, že má mnoho nových poznatků o onemocnění dna. Všechny kognitivní, afektivní i behaviorální cíle, které byly stanoveny v edukačních jednotkách byly splněny a pacient po ukončení edukace prokazuje jak teoretické, tak praktické vědomosti. Při srovnání vstupního a výstupního testu můžeme podotknout, že si pacient opravdu osvojil dostatečné množství informací a realizace provedena v edukačních jednotkách byla naprosto úspěšná. Cíle edukace tedy můžeme zcela jistě považovat za splněné.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dna není úplně časté onemocnění a v důsledku toho také o něm mnoho lidí neví či nejeví zájem. Ovšem výskyt tohoto onemocnění s vyspělostí země roste. Je-li onemocnění dobře kompenzované, pro pacienta nemusí představovat život ohrožující stav, ale je nezbytné dodržovat určitý režim, a především dietní opatření. K dosažení stability onemocnění a předcházení pozdějších komplikací je velice důležitá spolupráce samotného pacienta. Pro pacienta je nezbytné dodržovat správná dietní opatření s dostatečným pohybovým režimem, správný pitný režim, pravidelné užívání léků a dodržování pravidelných lékařských kontrol. Při výskytu jakýchkoli potíží je nezbytné vždy navštívit lékaře. Na základě zjištěných východisek jsme navrhli doporučení pro praxi.

Doporučení pro pacienta

- dodržujte správná režimová opatření,
- aktivně vyhledávám nové informace o onemocnění,
- pravidelně navštěvujte a dodržujte stanovené termíny u lékaře, i pokud zrovna nemáme žádné příznaky a komplikace,

- věnujte pozornost počátečním příznakům,
- noste u sebe nutnou medikaci a dodržujte správné užívání daných léků,
- naučte se zásady první pomoci při akutním dnavém záchvatu,
- naučte se protahovací cviky a pravidelně je aplikujte,
- striktně dbejte na stravovací návyky,
- pokud dojde k nejasnostem či nevědomostem okamžitě navštivte svého lékaře,
- snažte se vyvarovat spouštěčům možného záchvatu,
- vyvarujte se stresu a dbejte na odpočinek,
- pokud je to možné, relaxujte a užívejte si volných dnů.

Doporučení pro rodinu

- starejte se o psychickou pohodu pacienta a podporujte ho,
- napomáhejte v dodržování léčebného režimu a správné životosprávy,
- podporujte pacienta při pohybových aktivitách,
- zajímejte se o první pomoc při akutním dnavém záchvatu.

Doporučení pro všeobecné sestry

- zajistěte bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta,
- aktivně se zajímejte o nové informace, příznaky, klinický obraz, diagnostiku a léčbu dny,
- buďte příjemní a empatičtí,
- nevyvolávejte stres, buďte klidní a trpěliví,
- ved'te pacienta ke správné životosprávě a dodržování všech dietních opatření,
- naučte se správně podat první pomoc při akutním dnavém záchvatu,
- naučte se rozpoznat nástup záchvatu a včas upozorněte lékaře,
- stále se vzdělávejte v tomto okruhu.

ZÁVĚR

Onemocnění dna je typ zánětu kloubů – artritidy postihující asi 10 % populace České republiky. Postihuje nejčastěji muže nad 40 let. Jedná se o metabolickou nemoc, způsobenou nadměrnou koncentrací kyseliny močové. Svou přezdívku nemoc králů nebo nemoc bohatých získala v minulosti, kdy jenom lidé z vyšších vrstev měli hodně masa a jiných rizikových potravin pro vznik této nemoci.

V bakalářské práci byly shrnuty základní informace o onemocnění dna. Důležitou součástí teoretické části bylo vysvětlení onemocnění, jeho příčiny, ale také popsání diagnostiky a možné léčby. Neoddělitelnou složkou bakalářské práce jsou zdravotní problémy spojené s onemocněním a zaměření se na dietní omezení. Do teoretické části byla také zahrnuta ambulantní možnost péče, hospitalizace v nemocnici či domácí péče.

Cílem bakalářské práce bylo popsat samotné onemocnění, historii, epidemiologii, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a specifika ošetrovatelské péče při onemocnění dna. Dalším cílem bylo zpracovat doporučení pro praxi určené jak samotnému pacientovi, tak jeho rodině a všeobecným sestřám. Následujícím cílem bylo zhotovit edukační proces u pacienta s tímto onemocněním. Edukační proces byl vypracován přímo pro daného pacienta, který se měl více dozvědět o svém onemocnění, získat povědomí o správném dietním režimu a celkové životosprávě, a hlavně jej naučit první pomoc při akutním dnavém záchvatu. U daného pacienta ještě před samotným začátkem edukace vyplynulo, že o onemocnění nemá dostatečné informace, ovšem má opravdový zájem se dále vzdělávat, dozvídat se více, a hlavně jevil zájem o aktivní spolupráci. Posledním cílem bylo vyhotovení edukačního letáku pro pacienty s dnou. Edukační proces byl realizován u pacienta, který se s onemocněním dna léčí již řadu let. V edukačním procesu byl proveden vstupní test, kde pacient odpovídal převážně záporně. Z tohoto důvodu byly následně u pacienta provedeny čtyři edukační jednotky, které napomohly pacientovi prohloubit si a zjistit nové poznatky o daném onemocnění a naučit se také první pomoc při akutním dnavém záchvatu a tím napomout ke kompenzaci tohoto onemocnění. Po ukončení edukace byl znovu pacientovi předložen výstupní test, který se v otázkách shodoval s testem vstupním. Při tomto závěrečném testu

pacient odpovídal u všech otázek kladně. Z toho vyplynulo, že jsme docílili kvalitní a adekvátní předání veškerých informací.

Tato bakalářská práce by následně mohla sloužit jako případný návod pro všeobecné sestry k další edukaci pacientů s onemocněním dna. Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, V., 2009. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-904260-5-4.

ARHRITIS FOUNDATION, 2016. *Diagnosing Gout* [online]. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.arthritis.org/about-arthritis/types/gout/diagnosing.php>

BECKER, A.; RUOFF, E., 2010. *What do I need about gout? The Journal of family practice*. June 2010, vol. 59, no. 6, s. S1-S8

BIOMAG, 2016. *Ischemická choroba srdeční* [online]. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.biomag.cz/zdravotni-indikace-magnetoterapie/hrudnik/ischemicka-chorobasrdecni>

CETKOVSKÁ, P., PIZINGER, K., ŠTORK, J., 2010. *Kožní změny u interních onemocnění*. Praha. ISBN 978-80-247-1004-4.

ČESKÁ ORDINACE, 2017. *Kyselina močová v krvi* [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.ceskaordinace.cz/kyselina-mocova-v-krvi-ckr-1056-7850.html>.

ČEŠKA, R., 2012. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. Vyd. 4., V Tritonu 2. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-599-2.

Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822309013236>.

EVERYDAY HEALTH, 2016. *Diagnosing Gout. Everyday health* [online]. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.arthritis.org/about-arthritis/types/gout/diagnosing.php>

FIFE, B., 2016. *Bolesti kloubů: bezbolestné léčení artritidy, artrózy, dny a fibromyalgie*. Liberec: Dialog, knižní velkoobchod a nakladatelství. Zdraví (Dialog). ISBN 978-80-7424-085-0.

GORDON, D. L., 2011. *Život bez nemocí: zaručené způsoby, jak se vyhnout více než 90 nemocem, od těch nejběžnějších po ty závažné*. Praha: Reader's Digest Výběr. ISBN 978-80-7406-136-3.

GOUT CAUSES, 2011. *List of Diet/Food Sources High or Low in Purine Content*. [cit. 2011-04-21]. Dostupné z WWW: <https://www.dietaryfiberfood.com/purine-and-uric-acid/purines-food-and-gout.php>

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9

HAYMAN, S. a MARCASON, W., 2009. Gout: *Is a Purine-Restricted Diet Still Recommended?* *Journal of the American Dietetic Association* [online]. 2009, 109(9), 1652. [cit. 2017-04-11]. ISSN 00028223.

HERLE, P., 2016. *Diferenciální diagnostika v revmatologii a ortopedii*. Praha: Raabe. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-7496-206-6.

HODNOTY BMI, 2008-2009. [online cit. 2009-10-23]. Dostupné na WWW: <http://www.dieta-hubnuti-online.cz/bmi-index-kalkulacka-vypocet>.

HYPERTENZE VYSOKÝ KREVŇÍ TLAK, 2016. *Arteriální hypertenze. Poradna online* [online]. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.i-lekarna.cz/tema/hypertenze-vysoky-krevni-tlak>

CHOHAN, S.; BECKER, M. A., 2009. *Update on emerging urate-lowering therapies*. *Current Opinion in Rheumatology*, vol. 21, no 2, s. 143-149.

CHOI, H. K.; CURHAN, G., 2008. *Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study*. *BMJ*. 2008, vol. 336, no. 7639, s. 309-12.

INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI, 2008. *Nové pohledy na léčbu hyperurikémie a dny*. Roč. 6, str. 2. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/06/02.pdf>

KUŽELA, L., STEJSKALOVÁ, V., 2007. *Dna - nemoc králů: je nutná bezpurinová dieta?*. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-809-0382-053.

LAŇKOVÁ, J., 2008. *Riziko dny je zvyšováno sladkými nealko nápoji*. *POEM. Practicus*, Roč. 7, č. 5, str. 36. ISSN: 1213-8711.

LÜLLMANN, H., MOHR, K., HEIN, L., 2012. *Barevný atlas farmakologie*. Vyd. 4., české. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3908-3.

- MAGERČIAKOVÁ, M. 2014. Rodina ako účastník edukácie pacienta. In *Prohuman* [online]. 2014 [cit. 2018-05-5]. Dostupné na internetu: http://www.prohuman.sk/files/Rodina_zdravie_choroba-2014.pdf. ISBN: 978-80-561-0117-9.
- MILATOVÁ, R., 2013. *Kuchařka při onemocnění dnou: dieta bez purinů : 118 receptů*. Praha: Vyšehrad. Vaříme s dietní sestrou. ISBN 978-80-7429-399-3.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-905728-1-2.
- NĚMEC P., 2014. *Dna a kardiovaskulární riziko*. Acta Medicinæ. Reprint 2014; 7
- OLEJÁROVÁ, M., 2001. *Dnavá artritida*. Med. praxi 2011; 8(11):. , 452–454. DOI: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/02.pdf>.
- OLEJÁROVÁ, M., 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-115-4.
- PASCUAL, E., SIVERA, F., TEKSTRA, J., JACOBS, JWG., 2009. *Crystal arthropaties and septic arthritis*. In: Bijlsma JWJ (Ed) EULAR kompendium on Rheumatic Diseases. London: BMJ Publishing Group 2009: 132.
- PAVELKA, K., 2008. *Nové pohledy na léčbu hyperurikemie a dny*. Interní Med 2008; 10(6): 268–272.
- PERUŠIČOVÁ, J., OWEN, K., NĚMEC, P., 2013. *Diabetes mellitus a inzulinová rezistence, dyslipidemie, hypertenze, dna: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-353-4.
- REACH, G., 2011. *Treatment adherence in patients with gout*. *Joint Bone Spine*, 2011, 78(5), 456-459 [cit. 2017-04-05]. 10.1016/j.jbspin.2011.05.010. ISSN 1297319x.
- RICHETTE, P.; BARDIN, T., 2010. *Gout*. *The Lancet*. 2010, vol. 375, p. 318-328.
- ROBINSON, J., 2018. *What is gout?*. 2018. WebMD LLC. 2018. Dostupné z: <https://www.webmd.com/arthritis/ss/slideshow-gout>
- SHULTEN, P., et al., 2009. *The role of diet in the management of gout: a comparison of knowledge to current evidence*. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2009, vol. 22, s. 3-11.
- SVAČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.

- SVOBODOVÁ, R., 2016. *Hyperurikemie a dnava artropatie – diagnostika a léčba*. Interní Med. 2016; 18(3): 137–141. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2016/03/06.pdf>
- TESAŘ, V., VIKLICKÝ, O., 2015. *Klinická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4367-7.
- UK GOUT SOCIETY, 2016. *All about gout and diet* [online]. [cit. 2016-04-09]. Dostupné z: <http://www.ukgoutsociety.org/PDFs/goutsociety-allaboutgoutanddiet-0113.pdf>
- VESELKA, J., 2009. *Ischemická choroba srdeční: základní informace pro pacienty*. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-904260-4-7.
- VITALION, 2016. *Dna* [online]. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/dna/>
- VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
- WILLIAMS, P. T., 2008. *Effects of diet, physical activity and performance, and body weight on incident gout in ostensibly healthy, vigorously active men 1–3*. The American Journal of Clinical Nutrition. 2008, vol. 87, no. 5, s. 1480-1487.
- ZÁVADA, J., PAVELKA, K., 2012. *Dnavá artritida*. Revmatologie. Maxdorf 2012; s. 432–446.
- ŽÁK, A., MACÁŠEK, J., 2011. *Ateroskleróza: nové pohledy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3052-3.

PŘÍLOHY

Příloha A	Vztah hyperurikemie, délka trvání a výskyt v dnech
Příloha B	Klasifikační kritéria dny dle Wallace a spol. (1977)
Příloha C	Dávkování NSA u akutní dnové artritidy
Příloha D	Výpočet BMI
Příloha E	Potraviny s vysokým obsahem purinů rozdělené do skupin
Příloha F	Obsah purinů v alkoholických nápojích (pivo)
Příloha G	Potravinové zdroje purinů (maso)
Příloha H	Obsah purinů v čerstvých mořských potravinách
Příloha CH	Zdroje purinových potravin
Příloha I	Edukační karta: Rozpoznání a první pomoc při akutním dnavém záchvatu
Příloha J	Protokol k provádění sběru dat pro bakalářskou práci
Příloha K	Literární rešerše
Příloha L	Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha A

Vztah hyperurikemie, délka trvání a výskyt v dnech

Urikemie	Incidence/1000	Incidence/1000
($\mu\text{mol/l}$)	1 rok	5 let
< 420 $\mu\text{mol/l}$	0,8	5,0
420-470 $\mu\text{mol/l}$	0,9	6,0
480-530 $\mu\text{l/l}$	4,1	9,8
> 540 $\mu\text{mol/l}$	4,9	220

Zdroj: OLEJÁROVÁ, 2008, s. 109

Příloha B

Klasifikační kritéria dny dle Wallace a spol.

A) průkaz krystalů natrium urátu ve výpotku nebo v tofózním depu chemicky, v polarizačním či elektronovém mikroskopu
B) 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. metatarzofalangeálního kloubu (MTP)
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

Příloha C

Dávkování NSA u akutní dnové artritidy

NSA	Iniciální (1-2 dny)	Po částečné úlevě (2-4 dny)	Po odeznění bolesti (5 dnů-do odeznění)
Indometacin	4 x 50 mg (2 x 100 mg)	2-3 x 50 mg	1-3 x 25 mg
Diclofenac	3 x 50 mg (2 x 75 mg)	3 x 25 mg	1-2 x 25 mg
Ibuprofen	3 x 800 mg (4 x 600 mg)	3 x 600 mg	1-3 x 400 mg
Naproxen	2 x 500 mg	2 x 250 mg	1 x 250 mg
Celecoxib	2 x 400 mg	1 x 200 mg	1 x 100-200 mg
Etoricoxib	1 x 120 mg	1 x 90 mg	1 x 60 mg

Zdroj: SVOBODOVÁ, 2016, s. 140

Příloha D

Výpočet BMI

BMI	KATEGORIE	ZDRAVOTNÍ RIZIKA
Pod 18,5	podváha	vysoké
18,5-24,9	normální váha	minimální
25,0-29,9	nadváha	nízké
30,0-34,9	obezita I. stupně	zvýšené
35,0-39,9	závažná obezita II. stupně	vysoké
40,0 a víc	těžká obezita III. stupně	velmi vysoké

Zdroj: Hodnoty BMI [online]. 2008-2009 [cit. 2009-10-23]. Dostupné na WWW:
<http://www.dieta-hubnuti-online.cz/bmi-index-kalkulacka-vypocet>.

Příloha E

Potraviny s vysokým obsahem purinů rozdělené do skupin

skupina potravin	zdroj urátů
maso a vnitřnosti	játra, srdce, ledviny, jiné vnitřnosti, maso mláďat, masové extrakty
ryby a mořské produkty	ančovičky, krabi, sledi, makrely, sardinky, krevety
jiné zdroje	Kvasnice, pivo, chřest, houby, luštěniny, špenát

Zdroj: SVAČINA, 2008, s. 190

Příloha F

Obsah purinů v alkoholických nápojích (pivo)

Alkoholický nápoj	Celkový obsah purinů (mg/1 l)
Tradiční britské pivo	20,3 – 27,5
Guinness	23,8
Ležák	17,7
Domácí pivo	3,9
Cider (jablečné pivo)	0,4

Zdroj: *Www.dietaryfiberfood.com [online]. 2011 [cit. 2011-04-21]. Gout Causes: List of Diet/Food Sources High or Low in Purine Content. Dostupné z WWW: <https://www.dietaryfiberfood.com/purine-and-uric-acid/purines-food-and-gout.php>*

Příloha G

Potravinové zdroje purinů (maso)

Potravinové zdroje purinů	Celkový obsah purinů (mg/100 g)
játra	286,4
ledviny	230,8
drůbež	130,7
jehněčí, pečené, kotlety	127,5
vepřové maso, pražené, kotlety	119,0

Zdroj: *Www.dietaryfiberfood.com [online]. 2011 [cit. 2011-04-21]. Gout Causes: List of Diet/Food Sources High or Low in Purine Content. Dostupné z WWW: <https://www.dietaryfiberfood.com/purine-and-uric-acid/purines-food-and-gout.php>*

Příloha H

Obsah purinů v čerstvých mořských potravinách

Purinové zdroje potravin	Celkový obsah purinů (mg/100 g)
sardinky	345
losos	250
makrely	194
oliheň	135
škeble	136
ančovičky	411

Zdroj: *Www.dietaryfiberfood.com [online]. 2011 [cit. 2011-04-21]. Gout Causes: List of Diet/Food Sources High or Low in Purine Content. Dostupné z WWW: <https://www.dietaryfiberfood.com/purine-and-uric-acid/purines-food-and-gout.php>*

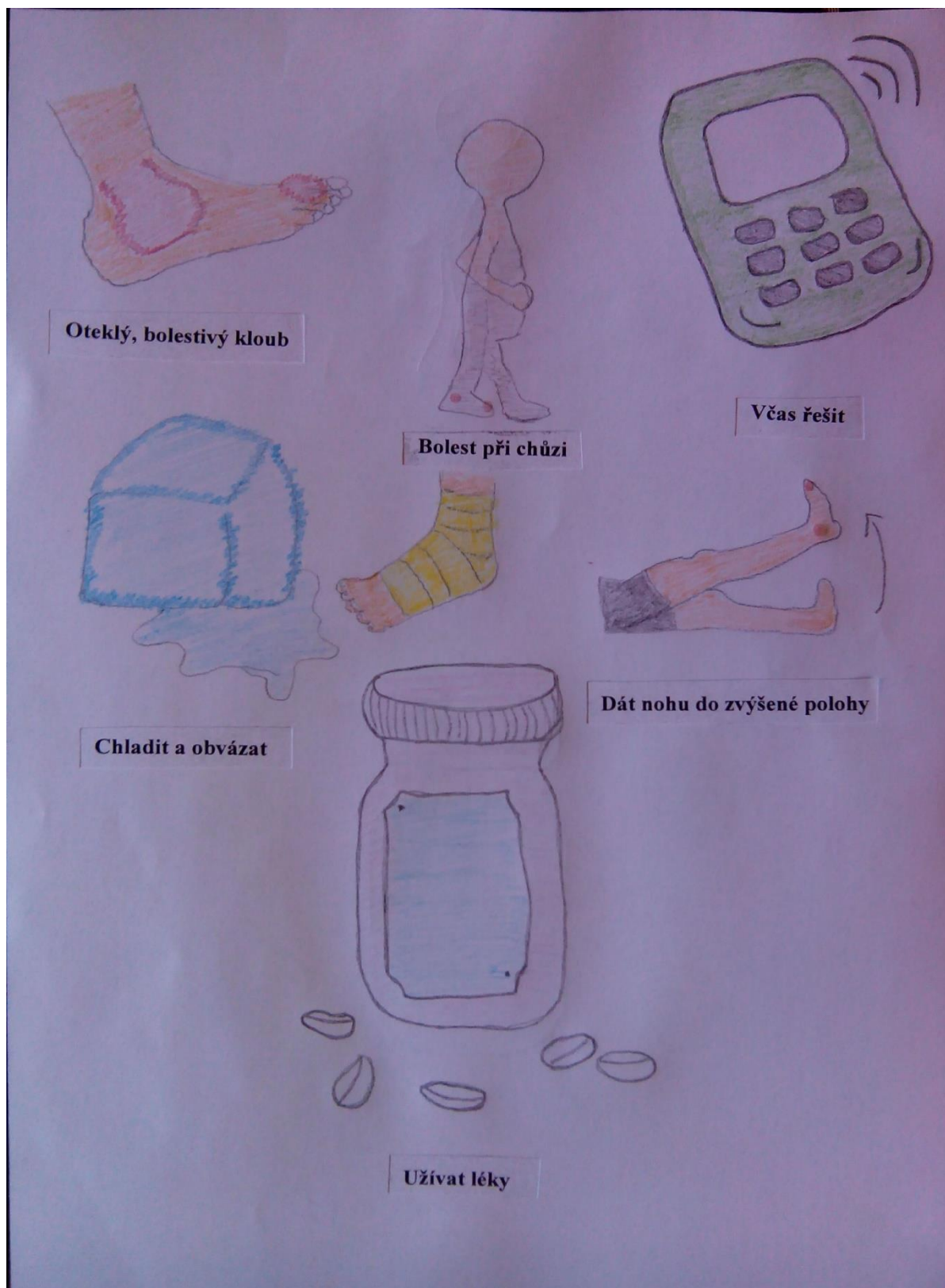
Příloha CH

Zdroje purinových potravin

Potravinové zdroje purinů	Celkový obsah purinů (mg/100 g)
mléko	1,0
tvaroh	8,0
bílý jogurt	7,0
ovčí sýr	13,0
camembert	13,0
gouda	7,0
vejce	2,0
parmazán	4,0
eidam	3,0

Zdroj: *Www.dietaryfiberfood.com [online]. 2011 [cit. 2011-04-21]. Gout Causes: List of Diet/Food Sources High or Low in Purine Content. Dostupné z WWW: <https://www.dietaryfiberfood.com/purine-and-uric-acid/purines-food-and-gout.php>*

Příloha I Edukační karta: Rozpoznání a první pomoc při akutním dnavém záchvatu



Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha J Protokol k provádění sběru dat 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	Petra Kramarzová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Edukační proces u pacienta s dnou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	DOMAČÍ PROSTŘEDÍ PACIENTA	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová <i>Vereš</i>	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Edukační proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>Vereš</i> podpis	
Souhlas praktického lékaře MUDr. Pudich Erich	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	IČO 27776387 MUDr. PUDICH s.r.o. MUDr. Erich Pudich LUDČEROVICE Markvartovická 1200 tel.: 595 052 343 podpis

v. PRAZE dne 28.2.2018

Kram
.....
podpis studenta

**Moravskoslezská
vědecká knihovna
v Ostravě**

Číslo rešerše: 8373
Název rešerše: Edukační proces u pacienta s dnou
Jazykové omezení: čeština
Časové omezení: 2008-2017
Klíčová slova: dna, edukace, zdravotní sestry, ošetřovatelství

Zpracovala: Mgr. Pavlína Szóke

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.
U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5179II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovni vypůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

www.svkos.cz

Příspěvková organizace
Moravskoslezská knihovna

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Edukační proces u pacienta s dnou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2018

.....

Jméno a příjmení studenta