

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Tereza Vanžurová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou

Bakalářská práce

2023

Tereza Vanžurová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Vanžurová**
Osobní číslo: **Z20294**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Specifika ošetřovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou**
Téma práce anglicky: **Specific of nursing care about patient with rheumatoid arthritis**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat
5. Zhodnocení výsledků práce

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

Seznam doporučené literatury:

NĚMEC, Petr. *Reumatologie pro praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2021. 978-80-271-3284-3.
OLEJÁROVÁ, Marta. *Reumatologie v obrazech*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4249-9.
ŠEDO VÁ, Liliana a Jana TOMASOVÁ STUDÝNKOVÁ. Časná diagnostika revmatoidní artritidy, strategie léčby. *Medicina pro praxi* [online]. Praha, 2022, (1), 10-17 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-202201-0001_casna_diagnostika_revmatoidni_artritidy_strategie_lecby.php
ŠENOLT, Ladislav. Nová doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2018, 20(2), 62-67 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201802-0003_Nova_doporuceni_pro_lecibu_revmatoidni_artritidy.php?l=en
ZAVADA, Jakub. *Reumatologie v klinických scénářích*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4405-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Iva Marková**
Katedra ošetrovatelství
Oponent bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**
Katedra ošetrovatelství
Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 4.5.2023

Tereza Vanžurová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat především paní PhD. Ivě Markové za perfektní vedení bakalářské práce, pečlivost a cenné rady během zpracování. Dále bych chtěla poděkovat zúčastněným respondentům za jejich ochotu a spolupráci během průzkumu.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů s revmatoidní artritidou. Teoretická část popisuje charakteristiku onemocnění, diagnostiku a následné možnosti léčby. V praktické části byla sbírána a zpracována data o pacientech s diagnózou – revmatoidní artritida. Pacienti byli hospitalizováni na interním lůžkovém oddělení. Cílem bylo zjistit hlavní ošetrovatelské problémy u pacientů s RA a určit specifika péče. Hlavním ošetrovatelským problémem je chronická bolest a následné omezení hybnosti. Výstupem této práce je grafické znázornění hlavních ošetrovatelských problémů u pacientů s revmatoidní artritidou, na které je potřeba klást důraz. Graficky znázorněné ošetrovatelské diagnózy jsou vytvořeny zejména pro začínající všeobecné i praktické sestry v adaptačním procesu na revmatologickém oddělení.

KLÍČOVÁ SLOVA

Revmatoidní artritida, specifika péče o pacienta s revmatoidní artritidou, chronická bolest, ztuhlost kloubů

TITLE

Specific care of patient with rheumatoid arthritis.

ANNOTATION

Bachelor thesis deals with the specific nursing care of patients with rheumatoid arthritis. The theoretical part describes the characteristics of the disease, diagnosis and options of treatment. For practical part was chosen case interpretation, Which is describing care of the patient with RA and main nursing problem as is chronic pain and stiffness of joints. Patients were hospitalized on standard department. Main purpose was describe nursing problems of patients with RA.

KEYWORDS

Rheumatoid arthritis, chronic pain, stiffness of joints, specific care of patient with rheumatoid arthritis, nursing care

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Hlavní cíl práce	13
1.2 Cíle teoretické části	13
1.3 Cíle praktické části	13
1.4 Metody k dosažení cíle.....	13
Teoretická část	14
2 Revmatoidní artritida	14
2.1 Imunita a autoimunitní onemocnění.....	14
2.2 Etiopatogeneze revmatoidní artritida	14
2.3 Klinický obraz pacienta s revmatoidní artritidou.....	14
2.4 Diagnostika revmatoidní artritidy	15
2.5 Klinické vyšetření	15
2.6 Laboratorní vyšetření	16
2.7 Zobrazovací metody	16
2.8 Klasifikace onemocnění	17
2.9 Léčba	18
2.10 Farmakologická léčba.....	18
2.10.1 Nesteroidní antiflogistika (NSA).....	18
2.10.2 Chorobu modifikující antirevmatické léky (DMARD)	18
2.10.3 Nefarmakologická léčba	20
3 Ošetrovatelské péče o pacienta s revmatoidní artritidou	20
3.1 Oblast soběstačnosti a sebek péče.....	21
3.2 Výživa a metabolismus	22
3.3 Oblast hygienické péče a sebek péče	23
3.4 Vylučování	23

3.5	Aktivita a cvičení	23
3.6	Spánek odpočinek	24
3.7	Potřeba být bez bolesti	24
3.8	Psychosociální potřeby.....	26
4	Praktická část	28
4.1	Průzkumné otázky.....	28
4.2	Metodika práce.....	28
4.3	Analýza dat.....	29
4.4	Prezentace jednotlivých kazuistiky	32
4.4.1	Kazuistika číslo 1	33
4.4.2	Kazuistika číslo 2	39
4.4.3	Kazuistika číslo 3	46
5	Diskuze	55
6	Závěr	59
7	Použitá literatura	60
7.1	Knižní publikace	60
7.2	Internetové zdroje.....	61
8	Přílohy.....	64

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

OBRÁZKY

Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb (zdroj: vlastní)	21
Obrázek 2 - Hlavní ošetrovatelské problémy	58

TABULKY

Tabulka 1 – Hodnocení testu základních všedních činností (Krátká, 2018, online)	21
Tabulka 2 – Klasifikace sebepéče podle M. Gordonové (Trachtová, 2013)	22
Tabulka 3 - Třístupňový analgetický žebříček (Rokyta, 2018)	26
Tabulka 4 - Hodnocený vzorek pacientů	29
Tabulka 5 - Naměřené hodnoty pacientka č. 1	34
Tabulka 6 - Užívané léky pacientky č. 2 za dobu léčby RA.....	41
Tabulka 7 - Naměřené hodnoty pacientka č.2	42
Tabulka 8 - Naměřené hodnoty pacientka č. 3	49
Tabulka 9 - Specifika péče a potřeby pacientů s revmatoidní artritidou	72

GRAFY

Graf 1 - Pohlaví sledovaných pacientů	30
Graf 2 - Věkové rozmezí sledovaných pacientů	30
Graf 3 - Počet dní hospitalizace	31
Graf 4 - Pohybový režim	31
Graf 5 - ADL test	32
Graf 6 - Genetická zátěž	32

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

RA – Revmatoidní artritida

RF – Revmatoidní faktor

APCA – Anti-citrulinové protilátky

Anti – ACPA – protilátky proti citrulinovým peptidům

HLA – Human leucocyte antigen – rozsáhlý komplex genů

DMARD – Chorobu modifikující léky

NSA – Nesteroidní antirevmatika

MTX – Metotrexát

DAS 28 – Disease Activity Score

RC – Radiokarpální

MCP – Metacarpofalangeální

PIP – Proximální interfalangeální

MTP – Metatarsofalangeální

CRP – C – reaktivní protein

FW – Sedimentace erytrocytů

ANA – Anti nukleární protilátky

RTG – Rentgen

VAS – Vizuální analogová škála

EULAR – Evropská liga proti revmatismu

DMARD – Chorobu modifikující léky (diseas modifying antirheumatic drugs)

sDMARD – Syntetické choroby modifikující léky

bDMARD – Biologické choroby modifikující léky

csDMARD – Konvenční choroby modifikující léky (syntetické)

tsDMARD – Cílené chorobu modifikující léky (syntetické)

boDMARD – Biologické chorobu modifikující lék (biologické)

bsDMARD – Biosimilární chorobu modifikující léky (biologické)

MTX – Metotrexát

LEF – Leflunomid

SAS – Sulfasalazin

HCQ – Hydrochlorochin

ADL – Aktivita dayly living, Barthel test základních všedních činností

PMK – Permanentní močový katetr

PŽK – Periferní žilní katetr

ÚVOD

Revmatoidní artritida je autoimunitní, chronické, zánětlivé a nevléčitelné onemocnění, se kterým pacient žije od propuknutí nemoci po zbytek života. Onemocnění nejčastěji postihuje lidi v produktivním věku. Onemocněním trpí zhruba 1% populace, v České republice je přibližně 100 tisíc pacientů. Ženy jsou postiženy 2 - 3x více než muži. Onemocnění se začíná projevovat nejčastěji ve středním věku 30-50 let. Příznaky mohou přijít i v pozdějším věku okolo 65. roku života. Velkou roli zde hraje genetika. Pokud je u prvostupňových příbuzných diagnostikována revmatoidní artritida, je zde až 3x větší riziko positivity onemocnění. Kouření tabákových výrobků též zvyšuje riziko vzniku onemocnění a zhoršuje jeho průběh. Pokud pacienti nejsou dobře léčeni může se jim délka života zkrátit až o 5-10 let (Němec, 2022).

Teoretická část se zabývá charakteristikou onemocnění, diagnostikou, léčbou a hlavními ošetrovatelskými problémy v péči o pacienta s revmatoidní artritidou. Praktická část má za cíl přiblížit a popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s revmatoidní artritidou. Pro zpracování tohoto tématu byly zvoleny kazuistiky, které mohou lépe prezentovat specifika ošetrovatelské péče a ošetrovatelské problémy pacientů. Na základě získaných informací byl následně navržen seznam a sepsány zvažované diagnózy.

Hlavním ošetrovatelským problémem u pacientů s revmatoidní artritidou je chronická bolest. Bolest je nutné tlumit, pravidelně ji sledovat a hodnotit. Dále je nutné sledovat efektivitu analgetické léčby a účinky léků DMARD, které mají za cíl potlačit symptomy onemocnění a zpomalit jeho progresi. (Němec et. al, 2016).

V akutní fázi, nebo v pokročilých stádiích onemocnění jsou pacienti limitováni v pohybu a ve vykonávání běžných denních činností, tudíž nejsou schopni samostatně naplnit své potřeby a jsou odkázáni na pomoc druhých, nebo na kompenzační pomůcky. Tyto faktory se mohou odrazit i na psychice pacienta. Je potřeba zajistit pacientovi dopomoc a edukovat ho o kompenzačních pomůckách, které mu usnadní život.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Hlavní cíl práce

Zjistit a popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s revmatoidní artritidou.

1.2 Cíle teoretické části

1. Přiblížit charakteristiku daného onemocnění.
2. Popsat možnosti léčebných postupů revmatoidní artritidy.
3. Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s revmatoidní artritidou.

1.3 Cíle praktické části

1. Provést sběr a analýzu dat.
2. Zpracovat data 10 pacientů, kteří jsou hospitalizováni a léčeni s diagnózou revmatoidní artritida.
3. Zjistit nejčastější ošetrovatelské potřeby a problémy u pacientů s revmatoidní artritidou.
4. Shrnout základní doporučení pro pacienty a sestry na revmatologickém oddělení.

1.4 Metody k dosažení cíle

Teoretická část byla zpracována především na podkladě studia knižních publikací a internetových odborných článků. Pro vypracování praktické části byly zpracovány kazuistiky, které jsou technikou kvalitativního výzkumu. Jedná se o podrobný výzkum jedné osoby a jejího případu. Získávání dat bylo provedeno pomocí řízeného sběru dat na základě fakulní dokumentace, pozorováním a přímou péčí o pacienty. Dále byly informace doplněny o data ze zdravotní dokumentace pacienta.

Sběr dat o pacientech byl proveden pozorováním, studiem lékařské a sesterské dokumentace daného pacienta a individuálním strukturovaným rozhovorem (Plevelová et al., 2018).

TEORETICKÁ ČÁST

2 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

Revmatoidní artritida je chronické autoimunitní, zánětlivé onemocnění, které se projevuje chronickou synovitiidou kloubní výstelky, která dále vede k rozvoji kloubních erozí. Kloubní štěrbinu se zužuje a následně dochází k destrukci kloubu, který je postižen zánětem. Projevy RA mohou být i mimo kloubní. Častěji jsou postiženy ženy. Nejčastěji se poprvé projevuje v produktivním věku (Souček et al., 2019).

2.1 Imunita a autoimunitní onemocnění

Imunitní systém spolu s endokrinním a nervovým systémem udržují stabilní homeostázu neboli, vnitřní prostředí. Imunitní systém má schopnost rozlišit škodlivé od neškodného a cizí od vlastního. Je schopný zlikvidovat škodliviny zevního i vnitřního původu. Další funkcí je schopnost učení a paměti. Funkci imunitního systému zajišťuje provázanost imunity přirozené – nespecifické a adaptivní – specifické. Antigeny jsou látky, které jsou schopny vyvolat imunitní reakci. Z chemického hlediska se jedná většinou o bílkoviny. Složky imunity se dělí na humorální imunitu a buněčnou imunitu (Navrátil et al., 2017).

2.2 Etiopatogeneze revmatoidní artritida

Etiologie tohoto onemocnění stále není objasněna. Předpokládá se, že velký vliv má genetická predispozice, environmentální faktory a narušení funkce imunitního systému jedince. Prokázaným rizikovým environmentálním faktorem je kouření cigaret. Přítomnost HLA (human leucocyte antigen) alel zvyšuje možnost rozvoje revmatoidní artritidy a jsou ukazatelem pro závažnost a průběh onemocnění. Citrulinové proteiny přítomné v synoviální tkáni nemocného jsou prostřednictvím APC buněk (antigen prezentující) předkládány T-lymfocytům, což má za následek spuštění imunitní reakce doprovázenou produkcí anti-citrulinových protilátek (ACPA) a chronický zánět kloubu. Zánětlivá synoviální tkáň (pannus) v postižených kloubech působí destruktivně, dochází k poškození kloubní chrupavky a k tvorbě kostních erozí (Souček et al., 2019).

2.3 Klinický obraz pacienta s revmatoidní artritidou

Klinický průběh revmatoidní artritidy je různorodý, zpočátku je plíživý, rozvíjí se týdny až měsíce. Často je doprovázena celkovými příznaky jako je únava, malátnost, nechutenství, subfebrilie a změny psychiky. Důležité je zmínit, že onemocnění je nevyléčitelné. Účinnou léčbou je možné dosáhnout remise. Opakem remise jsou relapsy s trvalou aktivitou a progresí

strukturálních změn. Charakteristickým projevem RA je symetrická polyartritida doprovázena bolestí, otokem kloubu a ranní ztuhlostí kloubu trvající déle než jednu hodinu. Nejčastěji postižené jsou drobné klouby na ruce – radiokarpální (RC), metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální (PIP) a metatarzofalangeální (MTP) klouby nohou. Ačkoli postižen může být jakýkoliv kloub. Kvůli chronické synovitidě dochází postupně k destrukci kloubních struktur a kloubní deformitě. Kloubní poškození se zhoršuje a dochází k omezení fyzických schopností. RA je doprovázena komorbiditami jako je anemie, osteoporóza, kardiovaskulární onemocnění či infekce. Lidem trpící touto chorobou se zkracuje délka života v průměru o 10 let (Souček et al., 2019).

Jak už bylo zmíněno revmatoidní artritida se může projevit i extraartikulárně (mimo kloubně). Mezi mimo kloubní projevy se řadí: revmatoidní uzly, ty se vyskytují v pokročilém stádiu onemocnění. Jedná se o uzlíky, které se vyskytují nad burzami a šlachovými pochvami v místě působení tlaku. Revmatoidní vaskulitida, je zánětlivé onemocnění cévní stěny, které může skončit až okluzí nejčastěji v akrálních částech těla. Oční změny – nejčastěji suchá konjunktivitida, případně katarakta. Plicní projevy – mohou se objevit plicní uzly, pleuritida, intersticiální plicní fibróza. Mezi srdeční projevy se řadí asymptomatická perikarditida, nebo myokarditida. Dalšími projevy jsou chronická anemie a syndrom karpálního tunelu (Souček et al., 2019).

2.4 Diagnostika revmatoidní artritidy

Diagnostika revmatoidní artritidy může být obtížná. Příznaky jsou různorodé, a proto může být lehce zaměněna za jiné onemocnění. Časně určení diagnózy je důležité pro zahájení léčby, která by měla být zahájena do 3 měsíců od vzniku obtíží. Léčba má za cíl snížit aktivitu onemocnění, nebo udržení remise. V posledních desítkách let diagnostika a léčba RA postoupila značně kupředu. Ke stanovení diagnózy nám napomůže odběr anamnézy pacienta, klinické vyšetření, laboratorní testy, zobrazovací metody jako je rentgen, nebo magnetická rezonance. V současné době se využívají klasifikační kritéria jako je například DAS 28 a ACR/EULAR 2010 (Šedová, 2022).

2.5 Klinické vyšetření

Fyzikální vyšetření využíváme k určení diagnózy, provádí se pohledem (aspekce), pohmatem (palpace), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace). Během vyšetření lékař pacienta hodnotí jako celek – biopsychosociální jednotku. Při vyšetřování vždy postupujeme od hlavy směrem dolů (Šafránková & Nejedlá, 2019).

Klouby postižené synovitidou jsou oteklé, teplé a při palpaci bolestivé. Oteklý kloub s projevy synovitidy, zvýšeným obsahem nitrokloubní a periartrikulární tekutiny se během palpace projeví, jako měkká a pružná tkáň v okolí kloubu. Erytém se na kůži postižených kloubů běžně nevyskytuje. Deformity se projevují v pokročilém stádiu onemocnění stejně tak jako mimo kloubní projevy revmatoidní artritidy (Souček et al., 2019).

2.6 Laboratorní vyšetření

V sérologickém vyšetření bývá akutní fáze doprovázena zvýšenými zánětlivými markery jako je CRP (C-reaktivní protein), FW-sedimentace erytrocytů, často bývá přítomna leukocytóza, či trombocytóza. Tyto markery však nejsou pro diagnostiku RA zcela rozhodující. V chronické fázi se naopak může objevit až anemie (Němec, 2022).

V sérologii se zjišťuje přítomnost revmatoidních faktorů (RF) a anticitrulinových protilátek (ACPA). Test ELISA se využívá k průrazu revmatoidních faktorů ve třídách IgM, IgG, IgA. Pokud je ověřena pozitivita revmatoidního faktoru a stanovena diagnóza revmatoidní artritidy, test není nutné provádět znovu. Specifičtějším ukazatelem jsou anticitrulinové protilátky. K jejich průkazu opět využíváme testu ELISA, který prokazuje přítomnost (anti-ACPA) neboli protilátek proti citrulinovým peptidům. Antinukleární autoprottilátky (ANA) se vyskytují u 20-30 % pacientů. Ke stanovení diagnostiky také může pomoci analýza kloubního výpotku, který má zánětlivý charakter (Souček et. al, 2019).

Z biochemické laboratoře bychom dále měli vyšetřit minerály, kreatin, močovinu, glukózu, jaterní testy a bilirubin (Němec, 2022).

2.7 Zobrazovací metody

Mezi hlavní zobrazovací metody se řadí rentgenové vyšetření, díky kterému se může hodnotit progres onemocnění. Hodnotí se změny kloubů a kostí. Úbytek chrupavky v kloubech, zúžení kloubní štěrby, či poškození části kosti přiléhající ke kloubu. Díky radiografii lze sledovat i účinky léčby. V praxi se k hodnocení RTG obrazu využívá hodnocení dle Steinbrockera (stadium I-IV), hodnocení by mělo být provedeno zpravidla jednou ročně. Snímají se především ruce, nohy a krční páteř pacienta. Ultrasonografie a magnetická rezonance jsou detailnější a umožňují zobrazení měkkých tkání, díky tomu můžeme hodnotit strukturální změny kloubů. Používají se v případě nejasné diagnostiky, nebo v časných stádiích onemocnění (Závada, 2018).

2.8 Klasifikace onemocnění

Mezi klasifikační kritéria revmatoidní artritidy řadíme DAS 28 (Disease activity score). Toto kritérium je využíváno odborníky po celém světě. Napomáhá určit závažnost onemocnění a rozhoduje o následující léčbě. Po zahájení léčby informuje o její úspěšnosti. Skóre hodnotí, jaký je počet oteklých a bolestivých kloubů (0-28 bolestivých kloubů), hladinu sedimentace erytrocytů, bolest dle hodnotící škály VAS, kterou udává pacient. Jedná se o důležitý ukazatel, který určuje, zda má pacient nárok na úhradu léčby pojišťovnou. Pokud je skóre nižší než 2,6 hovoříme o stavu remise, pokud je hodnota vyšší než 2,6 onemocnění je v aktivní fázi. Aktivní fázi onemocnění lze dělit: <2,6 remise, 2,6 - 3,2 – nízká aktivita, 3,2 - 5,1 – střední aktivita, >5,1 – vysoká aktivita. Vzorec pro vypočítání **DAS28** = $0,56 * \sqrt{(t28)} + 0,28 * \sqrt{(sw28)} + 0,70 * \ln(ESR) + 0,014 * VAS$ (Němec, 2022).

Dalším důležitým a využívaným hodnotícím kritériem je ACR/EULAR 2010 (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism). EULAR je evropská liga proti revmatismu. Reprezentuje lidi léčící se s revmatologickým onemocněním. Mají za cíl sdružovat všechny revmatologické společnosti evropských států a napomáhat pacientům. Pořádají revmatologické kongresy, podporují výzkum a vzdělání v revmatologii. Toto kritérium bylo využíváno od roku 1987 následně bylo odborníky kritizováno za neschopnost odhalit onemocnění v ranném stádiu. Proto byla v roce 2010 vytvořena nová klasifikační kritéria pro hodnocení RA (Eular, Copyright © eular).

Podstatou kritéria je odhalení diagnózy u nových pacientů v časném stadiu onemocnění. K testování dochází u pacientů, u kterých je přítomna prokazatelná synovitida (otok) alespoň na jednom kloubu. Diagnózu RA lze určit až po vyhodnocení laboratorních a klinických výsledků, kdy pacient dosáhne alespoň šesti bodů z deseti. U pacientů se zkoumá počet a velikost kloubů postižených synovitidou, pozitivita RF-revmatoidního faktoru, ACPA-protilátky proti citrulinovaným peptidům v séru. Dále zánětlivé markery – sedimentace erytrocytů (FW) a C-reaktivní protein (CRP). Hodnotí se i délka trvání příznaků (Šenolt, 2021).

Pacienti s nově zjištěnou revmatoidní artritidou, nebo v aktivní fázi onemocnění by měli být kontrolováni jednou za 3 měsíce. Pokud je správně nastavena léčba a pacient dosáhne se naplánovaných výsledků, lze frekvenci kontrol snížit na jednou za 3 až 6 měsíců (Němec, 2022).

2.9 Léčba

Léčba je vedena specialistou – revmatologem, u kterého je pacient vedený a je jím dispenzarizován. Onemocnění však vyžaduje multidisciplinární přístup, tedy spolupráci s dalšími odborníky. Hlavním cílem je nastavit léčbu tak, aby dosáhla dlouhodobé remise, nebo alespoň nízké aktivity RA. To vede ke snížení vývoje strukturálních změn a narušení funkce kloubu. Nastavení léčby je společné rozhodnutí pacienta a lékaře. Léčbu lze rozdělit na konzervativní, farmakologickou a chirurgickou (Souček et. al, 2019).

2.10 Farmakologická léčba

Ve farmakologické léčbě revmatoidní artritidy se využívají nesteroidní antiflogistika (NSA), chorobu modifikující léky (DMARD) a glukokortikoidy (Souček et al., 2019).

2.10.1 Nesteroidní antiflogistika (NSA)

NSA se využívají pouze ke kontrole a regulaci symptomů revmatoidní artritidy, nezabraňují strukturální progresi. Léky by se měly užívat v nejnižší efektivní dávce po nezbytně nutnou dobu. NSA léky mohou být pro organismus toxické, a proto by mělo být jejich užívání pečlivě monitorováno (Němec et.al, 2016).

2.10.2 Chorobu modifikující antirevmatické léky (DMARD)

Zkratka DMARD znamená disease modifying antirheumatic drugs, řadí se mezi základní léky v léčbě revmatoidní artritidy. Jejich účinek je potlačení symptomu onemocnění, podstatně zpomalují, nebo dokonce zastavují progresi choroby, zamezují tomu, aby došlo ke zhoršení fyzické i pracovní schopnosti nebo zhoršení kvality života pacienta. Efekt DMARD se může rozvíjet až několik měsíců. Tato léková skupina může být toxická a doprovázena nežádoucími účinky, což vyžaduje pravidelné monitorování léčby. DMARD se dělí na skupinu syntetických (sDMARD a biologických (bDMARD)). Ve skupině syntetických je další dělení na konvenční (csDMARD) a cílená (tsDMARD). Skupinu biologických DMARD rozlišujeme na biologické (boDMARD) a biosimilární (bsDMARD) produkty (Souček et al., 2019).

2.10.2.1 Konvenční syntetické chorobu modifikující léky

Do této skupiny jsou zahrnuty metotrexát (MTX), leflunomid (LEF), sulfasalazin (SAS), hydrochlorochin (HCQ). Léčba těmito léky začíná v okamžiku, kdy je stanovena diagnóza – revmatoidní artritida. Pozitivní účinky léčby by se měli projevit během tří měsíců léčby, požadovaného cíle by mělo být dosaženo nejpozději do 6 měsíců od zahájení léčby DMARD. Pokud léčba do 6 měsíců nedosáhne cíle, je nutné léčbu upravit, to zahrnuje změnu dávkování

medikace, změnu DMARD, kombinaci DMARD či přidání glukokortikoidů. Glukokortikoidy se k léčbě DMARD při vysoké aktivitě onemocnění, nebo na počátku léčby (Němec, 2016).

Metotrexát je lékem první volby revmatologa u většiny pacientů. Účinně potlačuje aktivitu onemocnění. Dávka metotrexátu je 7,5-10 mg za týden. Postupně může být dávka zvyšována. Za optimální dávku je považováno 25-30 mg týdně. Za 4-6 měsíců MTX dosahuje maximálního efektu. Možné je parenterální, s.c, či i.m. podání. Během léčby MTX by měla být podávána kyselina listová (5-10 mg) 1-2 dny po podání metotrexátu, kvůli snížení jeho toxicity. Mezi nežádoucí účinky MTX se řadí stomatitida, průjem, nauzea, řídnutí až ztráta vlasů. Narůstá riziko poškození jater, zejména u diabetiků a obézních jedinců. Kojení je kontraindikací pro léčbu MTX. Léčba by měla být monitorována jednou měsíčně v počátku až do stabilizace dávky, poté jednou za 2-3 měsíce z důvodu toxicity MTX (Němec et al., 2016).

Leflunomid je lék srovnatelný s MTX. Ideální dávka LEF je 20 mg per os denně. Mezi nežádoucí účinky se opět řadí nauzea, průjem, vypadávání vlasů. Léčba je monitorována během prvních 3 měsíců jednou za měsíc, poté jednou za 2-3 měsíce. Kvůli teratogennímu riziku nesmí ženy ve fertilním věku během léčby otěhotnět. Těhotenství se doporučuje až po 2 letech od ukončení léčby. Nesmí být užíván ani v průběhu kojení (Němec et al., 2016).

Srovnatelný s MTX je i Sulfasalazin. Počáteční dávka je 500 mg per os denně, postupně se navyšuje až na dávku 3-4 g denně. Monitorování léčby by mělo probíhat z počátku jednou měsíčně po dobu 3 měsíců, následně jednou za 3 měsíce. SAS je možné užívat ve snížené dávce do 2 g denně i během těhotenství a kojení (Němec et al., 2016).

Glukokortikoidy jsou významné pro svůj protizánětlivý a imunosupresivní efekt, tlumí zánětlivou aktivitu. Glukokortikoidy se v nízkých dávkách podává v počátku léčby DMARD, při zvýšené aktivitě onemocnění. Léčba glukokortikoidy by měla trvat pouze 3-6 měsíců z důvodu rizika toxicity. Využívají se i v léčbě intraartikulární (Souček, 2019).

2.10.2.2 Biologická DMARD

Léčba biologickými DMARD může být započata u pacientů, u kterých je aktivita onemocnění střední až vysoká. To určuje škála DAS 28, výsledné skóre je vyšší než 3,2 a jsou přítomny negativní prognostické faktory. Další podmínkou je selhání léčby jedním z csDMARD po dobu 6 měsíců. Před zahájením léčby musí dojít k vyloučení tuberkulózy a virové hepatitidy B (Souček, 2019).

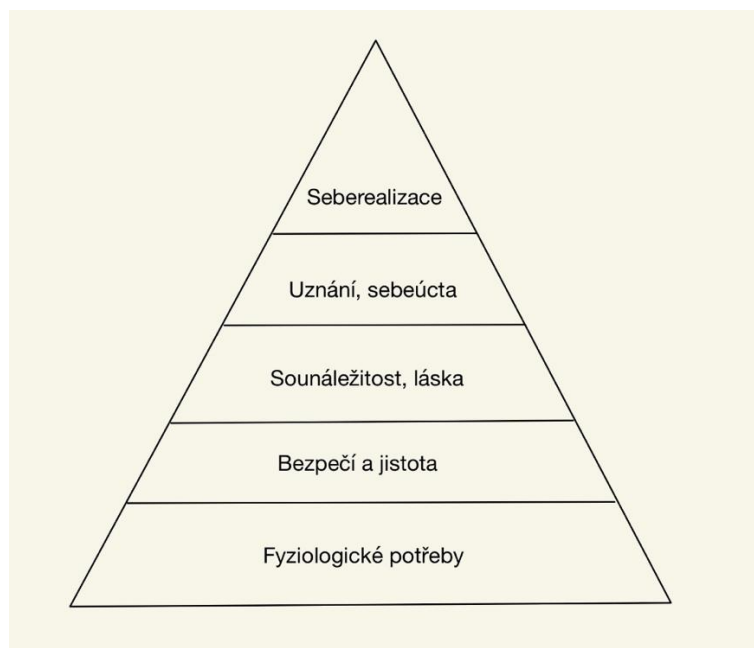
2.10.3 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba je pro pacienta důležitá. Zahrnuje edukaci pacienta, informujeme ho o tom, že během aktivní fáze onemocnění by měl být v klidu a nepřepínat své síly. Velmi důležité je pro něj pravidelné cvičení, díky kterému udržuje rozsah pohybu kloubů a zmírňuje tím i ranní ztuhlosti kloubů. Lékař by pacientovi měl doporučit fyzioterapeuta a ergoterapeuta, ortopeda, na kterého se může obrátit (Němec et al., 2016).

3 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S REVMATOIDNÍ ARTRITÍDOU

Ošetřovatelství se aktivně zabývá uspokojováním biologických, psychických a sociálních potřeb jak nemocného, tak i zdravého jedince z důvodu péče o jeho zdraví. Jak už bylo popsáno revmatoidní artritida je chronické, zánětlivé, autoimunitní onemocnění, které postihuje především klouby. Pacient přichází do nemocnice pro zhoršení chronické bolesti a hybnosti kloubů. Je důležité se zamyslet nad tím, jaké pocity pacient vnitřně prožívá. Nachází se v situaci, se kterou se ještě nesetkal. Může to být jeho první hospitalizace, může být limitován bolestí a potřebuje pomoc druhých. Pacientovi potřeby se s projevem onemocnění mění. Zdravotnický personál by měl pacientovi naslouchat a dopomoci mu naplnit jeho potřeby. Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku, které ovlivní emoce, vnímání, myšlení a tím i chování daného člověka. Potřeby jedince se během života mění a vyvíjejí. Každý člověk má vnitřní motivaci své potřeby naplnit. Potřeby se dělí na biologické, psychické a sociální (Kelnarová et al., 2011, s. 32-33; Plevová, 2018, s. 59).

Mezi nejpopulárnější dělení potřeb se řadí hierarchie potřeb dle Amerického psychologa A. H. Maslowa. Fyziologické potřeby, které Maslow určil za základní, se na pyramidě nachází dole. Nejvýše postavená potřeba v pyramidě je seberealizace. Potřeby jsou od spodu uspořádané podle naléhavosti jejich uspokojení, až když jsou uspokojeny potřeby hierarchicky nižší, zajímáme se o uspokojení potřeb hierarchicky vyšších (Plevová, 2019, s. 340-362).



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb (zdroj: vlastní)

3.1 Oblast soběstačnosti a sebekpěče

Sebekpěči lze definovat jako schopnost vlastními silami uspokojit své potřeby. Vzájemná interakce pacienta a sestry v průběhu ošetrovatelského procesu je nesmírně důležitá, zejména pokud pacient není schopný se sám o sebe postarat a potřebuje pomoc. Sestra by měla pacientovi naslouchat (Halmo, 2014)

K hodnocení míry soběstačnosti lze využít test základních všedních činností (ADL – Aktivita Daily Living) dle Dorothy Barthel, který je v praxi často využíván. Hodnotí se, zda pacient samostatně zvládne činnosti jako: samostatně se najíst, obléknout, vykoupat, samostatně provést osobní hygienu, dojit si na toaletu, zda jedinec trpí inkontinencí moče i stolice, chůze po rovině a do schodů. Podle bodového skóre se vyhodnotí, jak je pacient závislý na péči nezdravotnických pracovníků.

Tabulka 1 – Hodnocení testu základních všedních činností (Krátká, 2018, online)

ADL 1 Nezávislý	100–96 bodů
ADL 2 Lehká závislost	95–65 bodů
ADL 3 Závislost středního stupně	60-45 bodů
ADL 4 Vysoce závislý pacient	40-0 bodů

Jako další hodnotící parametr soběstačnosti je klasifikace sebeděče podle M. Gordonové (Tabulka 2).

Tabulka 2 – Klasifikace sebeděče podle M. Gordonové (Trachtová, 2013)

0	Soběstačný pacient.
1	Pacient potřebuje minimální pomoc, zvládne sám 75 % denních činností.
2	Pacient potřebuje menší pomoc, dohled. Sám zvládá 50 % denních činností.
3	Pacient potřebuje velkou dopomoc od nezdravotnického pracovníka či přístroje, zvládne sám méně než 25 % denních činností.
4	Pacient je odkázán na pomoc druhých, potřebuje úplný dohled.
5	Totální deficit sebeděče, aktivně se neúčastní, je neschopen pomáhat. O pacienta pečují nezdravotnický personál.

Pacient s diagnózou RA, je především kvůli chronické bolesti značně omezen v pohybu a sebeděči. Kromě bolesti pociťuje ztuhlost a omezení hybnosti kloubů, zejména po ránu, v horším případě může dojít k degenerativním změnám kloubu. Nemoc je dále doprovázena únavou, subfebriliemi, nechutenstvím, úbytkem hmotnosti a depresí. Díky těmto vlivům může nemocný ztratit schopnost soběstačnosti a stane se závislým na dopomoci druhých. Pacient potřebuje motivaci a sociální podporu svých nejbližších (Němec, 2016, s. 22-25).

Léčba revmatoidní artritidy se značně posunula kupředu. Desítky let zpět, lidé díky onemocnění a deformaci kloubů nebyli schopni si obstarat ani základní lidské potřeby. Nemoc je téměř vyřadila ze společenského života. Postupem času došlo k výrobě speciálních pomůcek pro pacienty s RA, především 3. a 4. stupně, které slouží k zajištění soběstačnosti během vykonávání běžných denních činností. Pomůcky lze rozdělit podle využití na pomůcky hygienické a úpravu zevnějšku, pomůcky při vaření a stravování a pomůcky usnadňující chůzi. Řadí se sem například ergonomický kartáč, úchyt na tužku, protiskluzové kuchyňské prkénko. Pro lepší stabilitu a jistější chůzi může pacient využívat chodítka. Příloha A-E uvádí příklady pomůcek (Fotografie pomůcek v příloze) (Turková & Stasková, 2015).

3.2 Výživa a metabolismus

Pacienti s revmatoidní artritidou nejsou ve stravě nijak omezeni, ale je dobré, aby si drželi stabilní váhu. Není žádoucí, aby přibírali na hmotnosti, protože se tak zvyšuje nápor na klouby. Pacienti dodržují dietu číslo 3 racionální, tedy běžnou stravu pro dospělé s vyváženým množstvím sacharidů, bílkovin a tuků. Pro přípravu pokrmů se upřednostňuje vaření, pečení před smažením a grilováním. Je vhodné substituovat rybí tuk, nebo omega-3 mastné kyseliny, které

redukuje produkci protizánětlivých cytokininů. Ideální je u pacienta Body Mass Index normální zdravé váhy v rozmezí 18,5 a 24,9 (Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2023).

3.3 Oblast hygienické péče a sebek péče

Hygienická péče je základní potřebou každého kulturního jednotlivce, formuje se už od dětství. Pro každého jedince je velmi individuální, záleží na zvyklostech v rodině, nebo kultuře. Soběstačný chodící pacient pečuje o hygienu sám, pacienti částečně soběstační či ležící potřebují pomoc, nebo jsou plně závislí na péči ošetrovatelského personálu či rodiny. Hlavním úkolem nelékařského zdravotníka je uspokojit pacientovi potřeby spojené s hygienickou péčí, a to nejen ráno, ale i večer a během dne je-li to třeba. Hodnotí se celkový vzhled pacienta, zda je upravený, učesaný, jeho spokojenost, stav kůže, tím předcházíme vzniku dekubitů a opruzenin. Zhodnotí se i úroveň sebek péče. Úroveň sebek péče je hodnocena testem základních všedních činností – Bartel ADL index, kam se řadí právě i osobní hygiena koupání, oblékání. U pacientů s RA vždy záleží na schopnosti soběstačnosti a aktivitě onemocnění. Často jsou pacienti schopni provést hygienickou péči s pomocí sestry. Pomoc sestry je důležitá a je potřeba zejména u oblékání. Pacient obvykle udává bolest ramen a není schopen bez pomoci strčit druhou ruku do rukávu od pyžama, nebo si zapnout knoflíčky u pyžama (Krátká, 2018).

3.4 Vylučování

Potřeba vyprazdňování patří k velmi intimním a individuálním záležitostem. Každý člověk má na vyprazdňování dané nároky, jako je klid, dostatek času, soukromí, diskrétnost. Zejména u imobilních ležících pacientů je obtížné tyto požadavky splnit. Vždy ale dbáme na důstojnost pacienta, jedná se o citlivou záležitost. Pokud pacient leží na vícelůžkovém pokoji, snažíme se zajistit mu soukromí za použití paravánu, chodící pacienty požádáme, jestli by mohli pokoj na chvíli opustit. Po vykonání potřeby zajistíme hygienu nemocného a pokoj vyvětráme. Pokud je pacient schopný si na toaletu dojít, sestra ho doprovodí. Další možností je dopomoc pacientovi předsednout si na pojízdné WC a převézt ho na toaletu, což je pro něj fyziologické a má zde dostatek soukromí i času na to potřebu vykonat. Pacienti s RA jsou většinou ponecháni bez PMK, pokud jejich stav není kritický. Chodí tedy na toaletu, nebo se vyprazdňují do močové lahve. Sledujeme množství, barvu, příměs a zápach moči (Krátká, 2018, online).

3.5 Aktivita a cvičení

Pohyb se řadí mezi potřeby všech živých bytostí, umožňuje nezávislost. Během vyšetřování hybnosti hodnotíme rozsah kloubu, omezení, které pacient pociťuje během pohybu,

začervenání otok a toleranci pohybu pacienta. Pro zlepšení pacientova stavu je důležitá časná mobilizace, aktivní, či pasivní cvičení častokrát ve spolupráci s fyzioterapeutem, sestrou, nebo samostatně (Krátká, 2018).

Aktivity vhodné pro pacienty s RA jsou ty, které tolik nezatěžují klouby. Pacienti by se také měli poradit o konkrétním sportu se svým fyzioterapeutem. Během akutního vzplanutí nemoci je dobré sportovní aktivity omezit, nechat klouby odpočívat a cvičit pouze s fyzioterapeutem, který bude provádět nejprve pasivní cviky a pomalu bude přidávat na intenzitě a zátěži. Je nutné poslouchat své tělo a brát ohled na aktuální stav onemocnění. Cvičení vhodné pro pacienty s RA je na příklad aerobní a kondiční cvičení, jako je rychlá chůze, jízda na kole nebo plavání. Doporučuje se cvičit 2 - 3x týdně po dobu 45 minut. Mezi další sportovní aktivity se řadí aqua aerobik, nebo jóga. Revmatikům nedělají dobře sporty, u kterých se provádí krouživé pohyby, nebo při nich dochází k otřesům (Špiritović, 2018).

3.6 Spánek odpočinek

Spánek a odpočinek je nezbytný pro udržení duševního i tělesného zdraví. Během spánku probíhá několik spánkových cyklů, které má dvě fáze non-Rem (non rapid eyes movements) První fáze spánkového cyklu, má čtyři fáze 1. relaxované bdění, 2. lehký spánek, 3. středně hluboký spánek, 4. hluboký spánek. Nejsou zde přítomny oční pohyby. Ve fázi 4. hluboký spánek dochází k regeneraci organismu tvoří asi 75% celkové doby spánku. Probudit člověka v této fázi je nefyziologické, nedosáhne regenerace svých sil a bude se cítit unaveně. REM (rapid eyes Movements) mohou se vyskytovat záškuby svalů, je přítomna zvýšená dechová frekvence i pohyby očních bulbu pod zavřenými víčky. Po probuzení se z této fáze si člověk pamatuje své sny. Uspokojení potřeb spánku je velice důležité zejména pro nemocného pacienta. V praxi často řešíme nespavost pacienta, která souvisí zejména s bolestí, úzkostí či strachem spojeným s hospitalizací a současným onemocněním. Pacient se nachází v neznámém prostředí a je odloučen od svých nejbližších. V nemocnici je spousta rušivých elementů, jako je sdílení pokojů s ostatními pacienty nebo noční práce sester, ačkoliv pracují tak potichu jak jen umí. U revmatologických pacientů je hlavní příčinou nespavosti bolest, která je často v noci probouzí ze spánku (Krátká, 2018).

3.7 Potřeba být bez bolesti

Bolest je vždy subjektivní nepříjemná, emocionální a sensorická zkušenost. Pocity, které člověk během bolesti prožívá se mění podle věku, pohlaví a etniky. Není možné bolest objektivně změřit. Bolest je součástí obranné reakce, která nás nabádá k tomu se pokusit bolest

odstranit. Pacienti s revmatoidní artritidou trpí chronickou bolestí, se kterou se potýkají denně. Hospitalizovaný pacient s RA je přijat většinou pro zhoršení stavu, tudíž se jeho onemocnění nachází v akutní fázi. Hlavním ošetrovatelským problémem je bolest, na kterou sestra musí reagovat. Cílem je, aby byl pacient bez bolesti (Krátká, 2018).

Bolest se může dělit na dva druhy, podle toho, kde vzniká. Dělí se na nociceptivní a neuropatickou. Nociceptivní bolest je vnímána nociceptory a nocisenzory. Jsou 3 druhy nocisenzorů. Mechanoreceptory, ty zaznamenávají příjemné podněty jako například hlazení. Polymodální nocisenzory vnímají především bolest způsobenou teplem či chladem. Vlastní nocisenzory, slouží k tomu, aby vedly informace z kůže a sliznic do míchy. Jde o volná nervová zakončení. Bolest musí být silná, aby nervová vlákna podráždila. Neuropatická bolest začíná až v průběhu vedení vlákny. Bolest je z periferie vedena do míchy nebo následně i výše. Neuropatická bolest má velký rozsah a její léčba je náročná (Rokyta, 2018).

Bolest dělíme podle časového hlediska na akutní a chronickou. Akutní bolest je lépe rozeznatelná. Lze ji považovat za varovný signál, že lidský organismus není zcela v pořádku. Pokud se podaří akutní bolest vyléčit, nevrací se. Léčba Chronická bolesti je naopak velice komplikovaná. Za chronickou bolest se považuje trvalá bolest trvající déle než 6 měsíců. Neuropatická bolest je v populaci častá a lze ji označit za častou chronickou bolest, se kterou pacient přichází k lékaři. Nalézt příčinu chronické bolesti je častokrát oříšek. Pacientům jsou předepisována analgetika, ale necítí po nich žádnou úlevu. Pacient prožívá zoufalé pocity a bezmoc. Častokrát jsou jedinci s chronickou bolestí nařknuti z toho, že si bolest vymýšlejí. Je důležité pacientovi bolest věřit a snažit se najít a nastavit správnou léčbu bolesti, která by pacientovi vyhovovala. Bolest lze léčit farmakologicky – analgetiky či nefarmakologicky (Rokyta, 2018).

Typy bolesti dle místa vzniku se dělí na somatickou, viscerální, myofasciální, neurogenní, psychickou. U pacientů s revmatoidní artritidou se jedná o bolest hlubokou somatickou, která vyházeje z pohybového aparátu a vazivové tkáně. Neurogenní bolest může být u revmatologických pacientů též přítomna je způsobena drážděním nervových vláken a drah (Kelnarová, 2016).

Hodnocení bolesti se provádí pravidelně, zjišťuje se intenzita, lokalizace, časový průběh, charakter a okolnosti za kterých bolest vzniká, nebo se zhoršuje. Intenzita bolesti může být slabá, střední, silná, nesnesitelná, pacienta se ptáme „jak moc to bolí?“. Mezi nejvyužívanější hodnotící škály bolesti se řadí škála VAS (vizuálně analogová škála), která má stupnici od nuly

do desítky. Nula znamená, že je pacient bez bolesti. Desítka označuje nesnesitelnou bolest. Důležité je pacientovi bolest věřit, nebagatelizovat ji a snažit se ji tlumit. Sledujeme chování pacienta a pečlivě bolest monitorujeme, zda jsou analgetika efektivní. Sestra vše zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace (Kelnarová, 2016).

Léčba bolesti má za cíl snížit intenzitu bolesti na přijatelný stupeň v optimálním případě odstranit bolest celkově. Farmakologickou léčbu lze rozdělit do třístupňového analgetického žebříčku, který se využívá ke správné léčbě bolesti (Tabulka 3) (Rokyta, 2018).

Tabulka 3 - Třístupňový analgetický žebříček (Rokyta, 2018)

Stupeň – Mírná bolest	Neopioidní analgetikum
Stupeň – Středně silná bolest	Slabý opioid + neopioidní analgetikum
Stupeň – Silná bolest	Silné opioidy +/- neopioidní analgetikum

Při léčbě chronické bolesti postupujeme od nejslabších analgetik až po opioidy. V léčbě revmatoidní artritidy jsou nejčastěji využívanými analgetiky – Nesteroidní antiflogistika – antirevmatika (NSA). Zástupci těchto analgetik je na příklad Diklofenak, nebo Ibuprofen. Léky tlumí bolest a zároveň mají protizánětlivý účinek. Při častém užívání se mohou objevit nežádoucí účinky jako je krvácení do trávicího traktu, a to zejména u starších osob, nebo při současném užívání s kortikoidy a antikoagulancii. Adjuvantní analgetika – Gabapentin a Pregabalin zvyšují účinek základních analgetik. Využívají se často u neuropatické bolesti a u léčby bolesti pacientů s RA (Rokyta, 2018, s. 235-255).

3.8 Psychosociální potřeby

Pod tímto pojmem si lze představit péči o psychické, sociální a spirituální potřeby pacienta. Člověk je sociální tvor, proto je pochopitelné, že v nemocnici se cítí osaměle a prožívá stres. Stres má nežádoucí účinky na zdraví člověka, zvyšuje výskyt infekčních a kardiovaskulárních onemocnění, ovlivňuje duševní stav, kdy pacient následně může trpět úzkostí a depresí. Mezi faktory ovlivňující stres se řadí osobnost, strategie zvládnání stresu, sociální podpora (rodiny, přátel), pohyb. Každý člověk zvládá stresové situace jinak. Někdo je optimistický, nebo v opačném případě úzkostný. Někdo zvolí v boji proti stresu meditaci, nebo běh, dalšímu jedinci může pomoci si o problému promluvit s někým blízkým. Každý člověk ale touží po kontaktu s rodinou a svými blízkými, kteří mu dodávají pocit jistoty, bezpečí a lásky. Rodinu je vhodné o onemocnění edukovat, pokud s tím nemocný souhlasí. Je důležité, aby pacient

udržoval kontakt a dobré vztahy se svými blízkými. Pro pacienta není lehké se smířit s diagnózou nevyléčitelného onemocnění. Kvalita života pacienta se výrazně změní, musí se přizpůsobit příznakům onemocnění a dodržovat určitá omezení. Nově se seznamuje s nastavenou léčbou a učí se s onemocněním žít (Ayers, 2015).

Pacient je limitován především chronickou bolestí, a ztuhlostí kloubů. Tyto faktory ovlivňují jeho mobilitu a soběstačnost. Pacienti léčící se s revmatoidní artritidou mohou skončit v invalidním důchodu. Tím pádem přichází o dosud stálý příjem, na který byli zvyklí. Pacienti kvůli onemocnění ztrácí schopnost plnit své sociální role. Dopady nemoci jsou pro pacienta stresujícím faktorem, může pociťovat strach, úzkost, bezmoc, beznaděj, ztratí důvěru sám v sebe. Pacient může být až depresivně laděný a uzavře se do sebe. Negativní emoce a stres je na počátku normální, pacient se musí s diagnózou vyrovnat. Následně je ale třeba ho motivovat, podpořit a nenechat ho sklouznout k dlouhodobým negativním emocím a myšlenkám (Krátká, 2018).

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na kazuistiky. Bylo vybráno 10 pacientů, kteří byli hospitalizováni na lůžkovém, revmatologickém oddělení ve fakultní nemocnici. Z deseti pacientů byli následně vybráni tři, jejichž data byla podrobněji zpracována. Kazuistiky zkoumají situaci jedné dané osoby. Jedná se o popis, počátku onemocnění, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl průběh pacientova stavu. Dále zobrazuje úvodní lékařské a ošetřovatelské vyšetření, následně jsou popsány jednotlivé dny, postupy ošetřovatelské péče u pacienta, vývoj jeho zdravotního stavu a jak onemocnění ovlivňuje pacienta v běžných denních činnostech (Plevová, 2018).

4.1 Průzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetřovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou?
2. Jaké jsou nejčastější ošetřovatelské problémy u pacientů s RA?
3. Jaké jsou potřeby pacientů s revmatoidní artritidou?

4.2 Metodika práce

Sběr dat pro praktickou část bakalářské práce probíhal v měsíci únor a březen v roce 2023 na standardním interním lůžkovém oddělení (gastroenterologie a revmatologie). Nemocnice byla fakultního typu. Na oddělení se nachází 30 lůžek, které byly většinou plně obsazené. Během ranní směny se o pacienty staraly 3 sestry. Na odpolední směnu zůstávaly pouze 2 sestry. Po celou denní směnu byla přítomna jedna sanitářka. S průzkumem vyjádřil souhlas pacient, nemocnice i vedení daného oddělení. Do průzkumu bylo zařazeno 10 pacientů hospitalizovaných s diagnózou revmatoidní artritida. Před zahájením průzkumu byla stanovena následující kritéria.

Zařazující kritéria: Věk pacientů je více než 18 let, bez rozdílu pohlaví. Pacient bude ve stabilizovaném stavu, hospitalizován na standardním lůžkovém oddělení a schopný spolupráce.

Vylučující kritéria: Nesouhlas pacienta se spoluprací a zpracováním dat. Chybí diagnóza revmatoidní artritida. Pacient je mladší 18 let.

Pacienti s průzkumem souhlasili, předem byli informováni o jeho cíli. Respondenti byli obeznámeni s tím, že vše bude anonymní a mohou se rozhodnout kdykoliv ukončit spolupráci. Informace byly také získávány během přímé péče o pacienty, přímým rozhovorem s pacienty. Dělo se tomu tak během mé služby, při vykonávání praxe na pracovišti interního typu

(revmatologie a gastroenterologie). Jednalo se o standartní lůžkové oddělení, kde jsem praxi vykonávala po dobu 6 týdnů. Data byla zaznamenávána pomocí standardizované fakultní, studentské dokumentace, tento dokument vychází z modelu M. Gordnové a je dostupný pro studenty FZS UPCE.

Tabulka 4 - Hodnocený vzorek pacientů

Pacient	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Počet dní hospitalizace	Pohybový režim*	ADL	Genetická zátěž
1.	Žena	75 let	RA	7 dní	A Soběstačný	2	Ano
2.	Muž	76 let	RA	16 dní	C Soběstačný v lůžku	4	Ano
3.	Žena	52 let	RA	7 dní	A Soběstačný	2	Ne
4.	Muž	70 let	RA	11 dní	B Částečně soběstačný	3	Ano
5.	Žena	71 let	RA	13 dní	D Nesoběstačný	4	Ne
6.	Žena	67 let	RA	12 dní	A Soběstačný	2	Ano
7.	Žena	42 let	RA	7 dní	A Soběstačný	2	Ano
8.	Muž	67 let	RA	8 dní	B Částečně soběstačný	3	Ne
9.	Žena	57 let	RA	7 dní	A Soběstačný	2	Ano
10.	Žena	74 let	RA	10 dní	B Částečně soběstačný	3	Ne

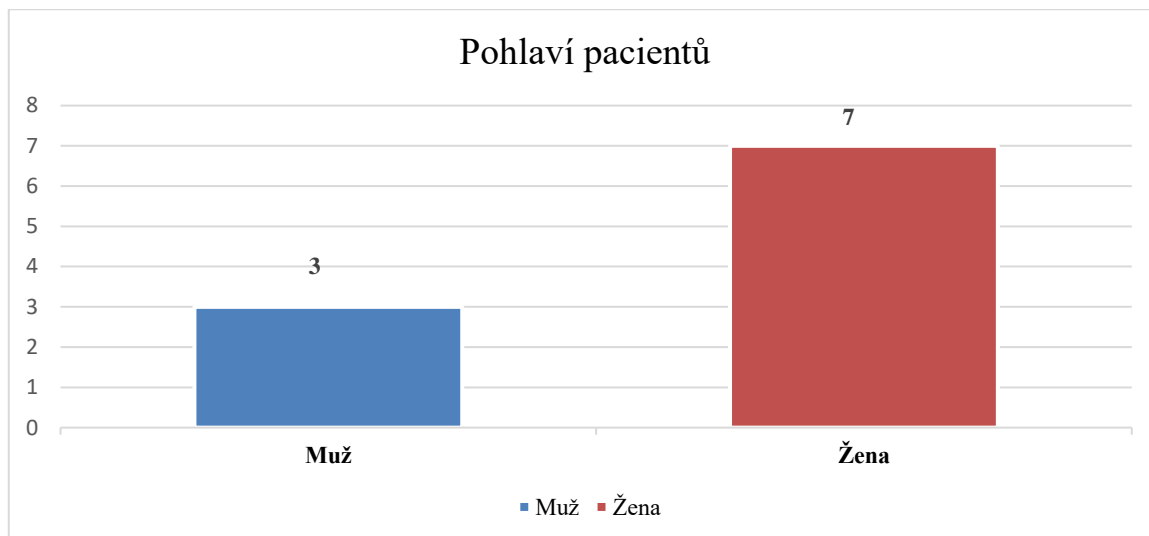
*Poznámka pohybový režim: A – soběstačný pacient, volný pohyb po areálu nemocnice, B – chodící pacient, částečná soběstačnost, potřeba dopomoci, C – pacient se obslouží pouze v rámci lůžka, nutná odpomoc, D – nesoběstačný pacient, upoután na lůžko, neopouští lůžko

4.3 Analýza dat

V této podkapitole praktické části budou prezentována data, která byla nasbírána během ošetrovatelské péče. Jedná se o data deseti vybraných pacientů hospitalizovaných s revmatoidní artritidou, na interním lůžkovém oddělení během jara 2023. Tato část se věnuje grafickému znázornění obecných dat získaných během zkoumání. Grafy slouží k lepšímu vizuálnímu znázornění. Druhá podkapitola praktické části se věnuje třem zpracovaným kazuistikám.

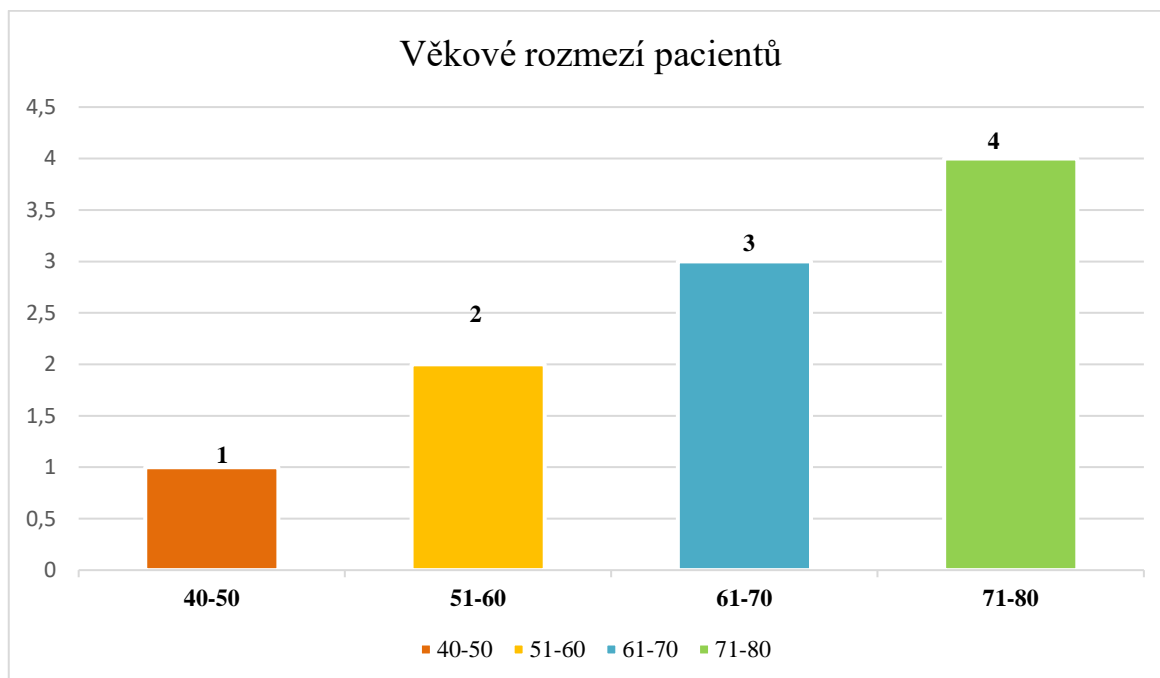
Následující graf (Graf 1) znázorňuje počet pacientů a jejich pohlaví – z grafu jde vidět, že z deseti pacientů byli 3 muži a 7 bylo žen.

Graf 1 - Pohlaví sledovaných pacientů



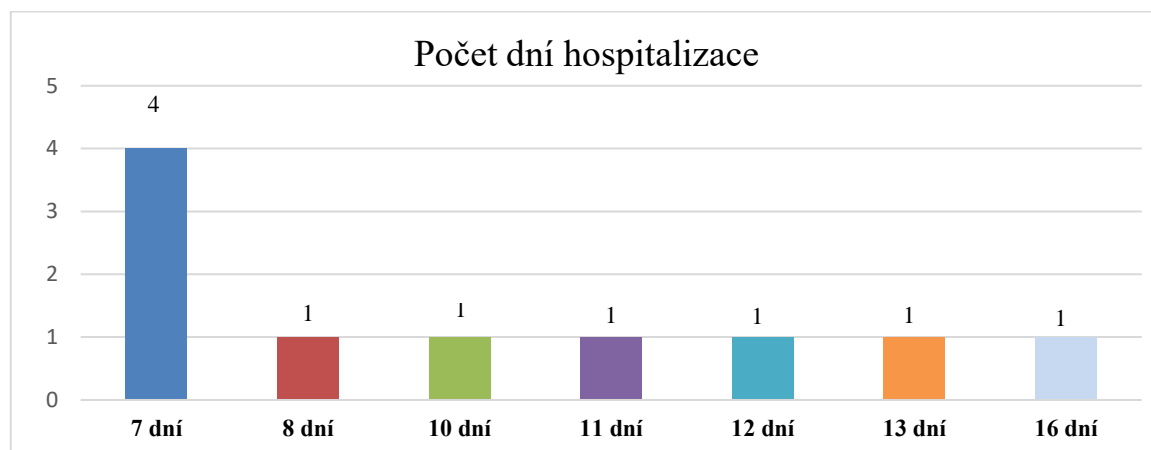
Věkové rozmezí pacientů je patrné na dalším grafu (Graf 2). Ve věkovém rozmezí 40-50 let byl pouze jeden pacient, v rozmezí 51-60 let byli dva pacienti. Ve věkovém rozmezí 61-70 let byli tři pacienti a ve věkovém rozmezí 71-80 let byli čtyři pacienti. Léčba mladších pacientů probíhá spíše ambulantně, protože lépe zvládají průběh onemocnění.

Graf 2 - Věkové rozmezí sledovaných pacientů



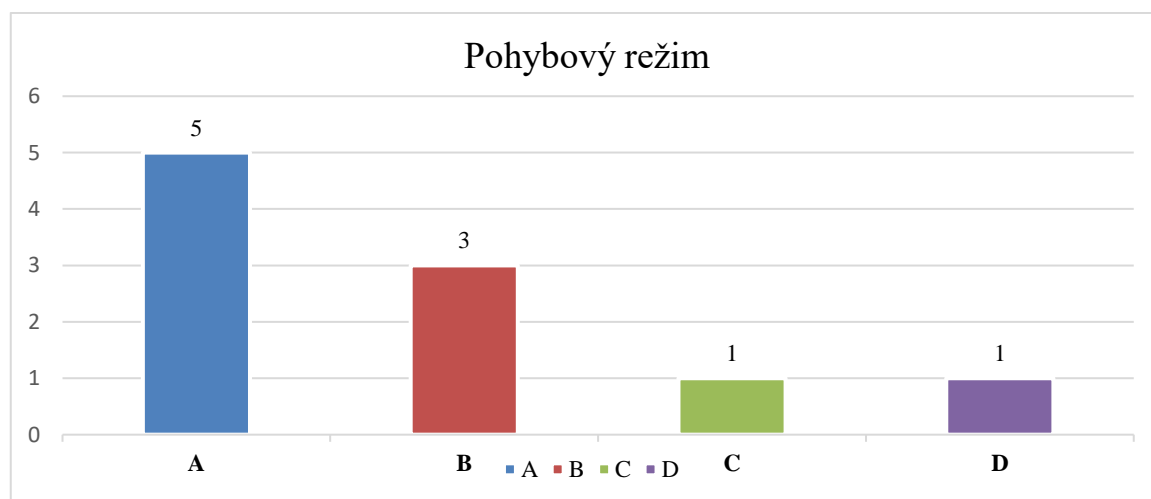
Nejčastější počet dní hospitalizace bylo 7 dní, po tuto dobu byli hospitalizováni čtyři pacienti. Doba hospitalizace se vždy odvíjela od stavu pacienta a přítomnosti komplikací. U zbylých pacientů se počet dnů hospitalizace lišil, viz Graf 3.

Graf 3 - Počet dní hospitalizace



Graf 4 znázorňuje, že pět pacientů mělo režim A, tedy byli soběstační a pohybovali se volně po areálu nemocnice. Tři pacienti měli režim B, ti se volně pohybovali po oddělení a potřebovali občasnou pomoc. V režimu C byl jeden pacient, který potřeboval pomoc v rámci lůžka. Jeden pacient byl v režimu D a byl plně závislý na péči zdravotnického personálu.

Graf 4 - Pohybový režim

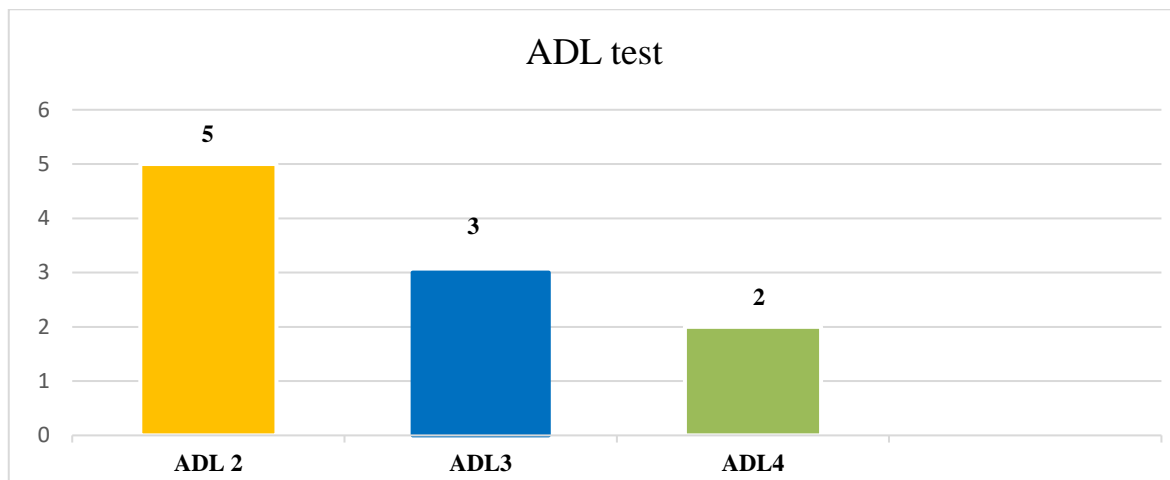


*Pohybový režim: A – soběstačný pacient, volný pohyb po areálu nemocnice, B – chodící pacient, volný pohyb po oddělení, C – částečně soběstačný pacient, soběstačný v rámci lůžka, nutná pomoc, D – nesoběstačný pacient, upoután na lůžko, neopouští lůžko.

Po vyhodnocení testu základních všedních činností ADL (Graf 5) dle D. Barthel ukázal, že dva z deseti pacientů jsou vysoce závislí na péči zdravotnického personálu – ADL 4. Pět pacientů

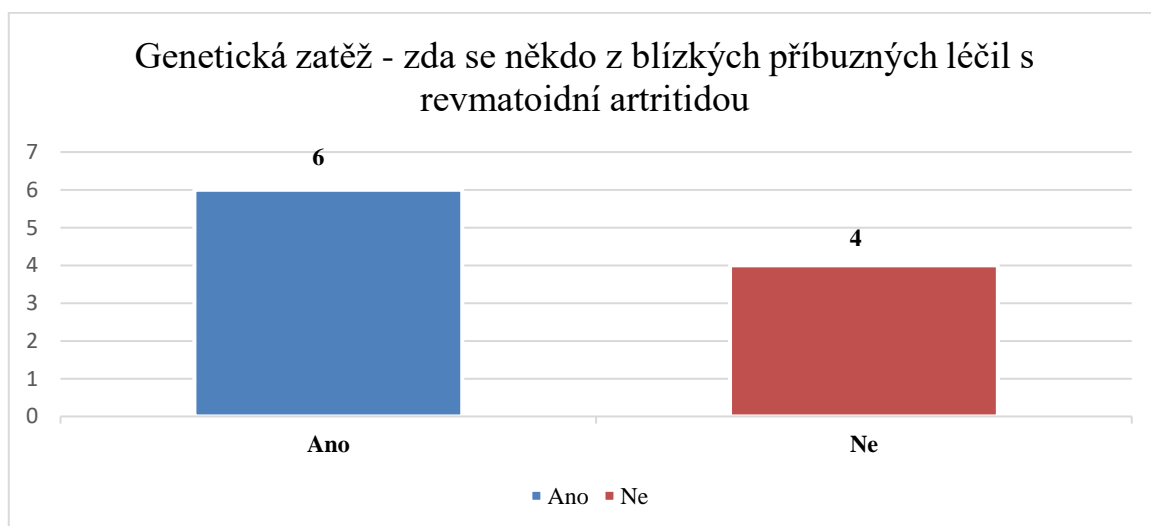
z deseti bylo označeno za středně závislé. Tito pacienti potřebovali dohled a dopomoc – ADL 3. Lehká závislost byla vyhodnocena u poloviny pacientů, kteří byli v kategorii – ADL 2.

Graf 5 - ADL test



Genetická predispozice zvyšuje riziko vzniku revmatoidní artritidy, tedy pokud se někdo z blízkých příbuzných léčí s RA, je vyšší pravděpodobnost vzniku onemocnění. Šest z deseti pacientů zmínilo, že maminka, nebo babička se léčila s revmatoidní artritidou. Čtyři z deseti pacientů neměli blízké příbuzné s diagnózou RA, viz Graf 6.

Graf 6 - Genetická zátěž



4.4 Presentace jednotlivých kazuistiky

V následujících kapitolách budou jednotlivě popsány a rozebrány 3 kazuistiky, které se zaměřují na ošetrovatelské problémy. Hlavním problémem pacientů byla chronická bolest, která je následně limitovala v pohybu a měla na pacienty i psychický vliv. V kazuistikách jsou

využívány hodnotící škály jako je hodnocení rizika vzniku dekubitu dle Nortonové, hodnocení rizika pádu dle Morse, hodnocení soběstačnosti dle M. Gordonové a test základních všedních činností dle Barthelové. Pro hodnocení bolesti byla využívána vizuální analogová škála VAS.

4.4.1 Kazuistika číslo 1

Pacientka ročník 1971 (52 let). Pacientka na sobě poslední tři měsíce pozoruje plíživé, zhoršující se bolesti. Udává bolesti drobných kloubů ruky, bederní páteře, SI skloubení a Achillovy šlachy. Objevují se u ní ranní ztuhlosti kloubů, které přetrvávají zhruba dvě hodiny. Prsty na ruce nezávládne mít natažené, zavírají se směrem k dlaním. Bolesti ji v noci budí ze spaní.

Anamnestické údaje

- **Osobní anamnéza:**
Bolest kloubů, suspektní revmatoidní artritida.
Arteriální hypertenze.
Astma bronchiale, alergické.
- **Prodělané operace:**
2020 – LEEP – Odstranění povrchové části tkáňově změněného děložního čípku.
2014 – TOT – Operace uretery provádí se u ženské močové inkontinence.
- **Alergická anamnéza:** Penicilin, pyl.
- **Rodinná anamnéza:** Matka Crohnova choroba + karcinom pankreatu, babička – karcinom prsu, otec arteriální hypertenze, děti jsou zdraví, dcera se léčí s astmatem a štítnou žlázou.
- **Pracovní a sociální anamnéza:** Pracovala jako provozní na horské chatě, momentálně na pracovním úřadě. Má v plánu začít podnikat v kosmetice.
- **Toxikologická anamnéza:** Alkohol příležitostně, nekuřačka.
- **Epidemiologická anamnéza:** Covid 19 prodělala 12/2020, očkovaná (2 dávky).
- **Farmakologická anamnéza:**
Triplixam 10/2,5/5 mg, 1-0-0, Xyzal 5 mg 1-0-0, Singulair 10 mg 0-0-1 podle potřeby,
Ituzalax 12SQ PAc 1-0-0

Lékařské vyšetření – stav při přijetí

Pacientka při vědomí, orientovaná časem, místem, osobou. Bez ikteru, dušnosti, nebo cyanózy. Hydratace a výživa v normě, mobilní. Zornice isokorické, jazyk plazí středem, bez patologického povlaku. Karotidy pulzují symetricky, náplň krčních žil nezvýšená. Štítná žláza

nehmatná. Hrudník je symetrický, dýchání bilaterálně čisté. Břicho volně prohmatné, měkké. Dolní končetiny bez otoků, pulzace hmatná, kapilární návrat v normě. Páteř pokleповě nebolestivá. Zbytnělé prsty pravé horní končetiny II a III otok PIP II a III vpravo. Omezená zevní rotace kyčlí. Bolestivý otok Achillovy šlachy vlevo.

Fyzikální a screeningové vyšetření při příjmu pacientky sestrou

- **Přijetí:** Plánované přijetí pro aktivitu revmatoidní artritidy a k její léčbě.
- **Stav vědomí.** Pacientka je orientována časem, místem, osobou, spolupracuje, komunikuje. GCS 15 bodů.
- **Dýchání:** Spontánní, dušná není, obtíže neudává.
- **Bolest:** Udává bolest drobných kloubů ruky (VAS 2).
- **Stav kůže:** Normální, bez poranění či exantému.
- **Stav sliznic:** Vlhké.
- **Výživa:** Per os, bez dietního omezení, dieta číslo 3.vyvážená strava pro dospělé. BMI v normě.
- **Příjem tekutin:** Pitný režim dodržuje. Denně vypije kolem 1,5 litru vody
- **Vyprazdňování:** S vyprazdňováním obtíže nemá. Inkontinentní není, moč i stolice odchází pravidelně, bez patologických příměsí či zápachu.
- **Neurologické obtíže:** Ne.
- **Problémy se zrakem:** Ne.
- **Problémy se sluchem:** Ne.
- **Sociální zázemí:** Žije s manželem v bytě. Momentálně bez zaměstnání, plánuje vlastní podnikání. Donedávna pracovala jako provozní horské chaty.
- **Spánek:** Pacientku ze spánku probouzí bolest. Na noc užívá analgetika, jinak se nevyspí.
- **Invazivní vstupy:** Periferní žilní katetr.

Tabulka 5 - Naměřené hodnoty pacientka č. 1

Měřené údaje					
Výška	Hmotnost	Krevní tlak	Pulz	Saturace kyslíkem	Tělesná teplota
169 cm	73 kg	148/97	64´	99 %	36,5 °C

Rizika a jejich škálové hodnocení

- Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové: **Žádné riziko** - 32 bodů.
- Hodnocení rizika pádu dle Morse: **Nízké riziko pádu** -20 bodů.
- Hodnocení soběstačnosti dle M.Gordonové: **1**, potřebuje minimální pomoc, pacientka zvládne sama 75 % činností.
- Test dle Barthelové – test základních všedních činností: **Lehká závislost**, ADL 2.

Průběh hospitalizace

1.Den hospitalizace

Pacientka byla 12.2. plánovaně přijata na standardní interní lůžkové oddělení (gastroenterologie a revmatologie) pro bolesti drobných kloubů rukou, bederní páteře, SI skloubení a bolest Achillovy šlachy. Po přijetí byl pacientce ukázán její pokoj a byla seznámena s chodem oddělení. Bylo natočeno EKG, proběhly odběry krve. Z hematologické laboratoře: KO+Diff, FW. Z biochemické laboratoře: Urea, kreatinin, Na, K, Cl, Bilirubin, Jaterní soubory, glukóza, celková bílkovina, albumin, CRP. Byl odebrán vzorek moči na vyšetření moč + sediment a objednan RTG páteře. Pacientce byl zaveden periferní žilní katetr, průsvit 22 G. V léčebném plánu bylo podání pěti kortikoidových infúzí. Hned první den, po zhodnocení výsledků, byla podána první dávka i.v. Solu-medrol 125 mg na 2 hodiny. Pacientka po dokapání pulzu necítí změnu, bolest hodnotí jako VAS 2. Bolest byla zaznamenána do sesterské dokumentace a tlumena analgetiky s mírným efektem.

U pacientky také došlo ke změně farmakologické léčby: Triplixam 10mg/2,5mg/5mg tbl. 1-0-0, Rcoxa 15 mg tbl. 1-0-0, Xados 10 mg tbl. 1-0-0, Singulair 10 mg tbl. 0-0-1 (při známkách alergie), Itulazax 12SQ-bet tbl. 1-0-0, Trittico AC 75 mg tbl. 0-0–2/3

2. Den hospitalizace

Pacientka se ráno cítí unavená, udává ztuhlost drobných kloubů rukou. Fyziologické funkce jsou v normě. Ranní hygienu provedla sama. Od 8 do 10 hodin je aplikována 2. dávka Solu – medrolu 125 mg do 250 ml fyziologického roztoku. Pacientka se cítí po podání pulzu lépe. Po dokapání infúze jsou fyziologické funkce v normě. Bolesti jsou nadále tlumeny nastavenou analgetickou terapií. Pacientka byla v 11 hodin odvezena na vozíku sanitářem, na naplánovaný rentgen páteře. Ten ukázal vyrovnanou krční a bederní lordózu, skelet rukou je bez strukturálních změn. V odpoledních hodinách byla pacientka úzkostná a svěřila se, že úzkostné stavy občas mívá. Lékař byl o situaci informován, zkontroloval pacientku a naordinoval

Lexaurin 3 mg. Po podání se pacientka cítila lépe. Periferní žilní katetr je funkční, VIP skóre - 0

3. Den hospitalizace

Dnes byla aplikována třetí dávka Solu – medrolu 125 mg i.v. od 8 do 10 hodin, po podání této dávky pacientka cítila úlevu. Měla velkou radost, že je léčba efektivní. Fyziologické funkce v normě. VIP skóre 0.

4. Den hospitalizace

Ráno byly provedeny kontrolní odběry krve. Biochemie: Na, k, cl, urea, kreatinin, ALT, AST, GMT, ALP, bilirubin, CRP. Hematologie: KO. Byla podána čtvrtá dávka Solu-medrolu 125 mg i.v. od 8 do 10 hodin, aplikace proběhla v pořádku, po podání se pacientka cítila dobře. Provedeno přepíchnutí periferního žilního katetru, pro nefunkčnost. Místo vpichu po žilním katetru je nebolestivé a bez známek zánětu. Proběhla rehabilitace s fyzioterapeutem. Po zbytek dne byla pacientka bez obtíží, analgetika nevyžadovala. VIP skóre 0

5. Den hospitalizace

Podána pátá dávka Solu-medrolu 125 mg i.v. od 8 do 10 hodin. Pacientka kolem poledne opět udává bolesti drobných kloubů rukou. Lékař informován, bolest byla zaznamenána do ošetrovatelské dokumentace a tlumena analgetiky s mírným efektem.

6. Den hospitalizace

Ráno byly provedeny odběry krve na lačno. Biochemie: Na, K, Cl, urea, kreatinin, CRP. Hematologie: KO. Pacientce byl vytažen periferní žilní katetr. Po vyhodnocení krevních odběrů bylo rozhodnuto o dimisi, která se uskutečnila 7 den hospitalizace.

Posouzení potřeb pacienta dle modelu M. Gordonové

Zhodnocení potřeb jsem provedla 3. den hospitalizace, kdy už se pacientka cítila o něco lépe.

1. Oblast – vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

Pacientka své zdraví na začátku hospitalizace hodnotí jako ne moc dobré. Dlouhou dobu pracovala na horské chatě jako provozní. V práci neměli moc dobré vztahy, bylo to pro ni stresující. Pracovala na chatě spolu s manželem. V práci se rozhodla skončit kvůli zdravotním obtížím. Podstoupila gynekologickou operaci s následnou rekonvalescencí v lázních. Po návratu z lázeňské péče pacientku začala bolela šíje. Měla pocit brnění v konečcích prstů na

rukou, k tomu pociťovala i bolest drobných kloubů ruky. Prsty nedokázala mít natažené zavíraly se směrem k dlaním a přidala se i bolest Achillovy šlachy. Pacientka vyhledala neurologa, vyšetření však bylo bez nálezu. Shodou okolností měla pacientka kontrolu u svého revmatologa, kterému sdělila své obtíže a revmatolog rozhodl o hospitalizaci a podání kotrikoidových pulzů. Po aplikaci 5 kortikoidových infúzí pacientka pociťuje úlevu od bolesti a svůj zdravotní stav hodnotí jako zlepšený.

2. Oblast – Výživa a metabolismus

Pacientka nemá žádné dietní omezení. Stravu přijímá per os. V nemocnici dostává dietu číslo 3. vyvážená strava pro dospělé. BMI pacientky je v normě, chuť k jídlu má, jí a pije dobře.

3. Oblast – Vylučování

Pacientka neudává žádné obtíže s vyprazdňováním. Sama si zvládne dojít na toaletu. Moč i stolice odchází pravidelně, bez patologických příměsí a zápachu.

4. Oblast – Aktivita a cvičení

Pacientka je soběstačná, ačkoliv ji bolesti zad a drobných kloubů prstů limitují. Dochází na rehabilitace k fyzioterapeutce. Doma pravidelně rehabilituje, pomáhá jí to zmírnit bolesti. Pozoruje na sobě, že jakmile pár dní neprovádí rehabilitační cviky, bolesti jsou intenzivnější. Ráda jezdí s manželem na kole.

5. Oblast – spánek a odpočinek

Pacientka udává, že se ráno po probuzení cítí unavená. V noci kolem třetí hodiny ranní ji obvykle budí bolesti. Během noci se probouzí kvůli bolestem 1 - 2x. Po užití analgetik opět usne. Hypnotika doma neužívá. Během hospitalizace přes den usne zhruba na půl hodiny.

6. Oblast – vnímání, poznávání

Se sluchem žádný problém neudává. Zrak je přiměřený věku, na čtení využívá brýle, které měla s sebou i během hospitalizace. Pacientka je orientovaná časem, místem i osobou.

7. Oblast – sebeúcta

Pacientku omezuje bolest. Po kortikoidových infúzích cítí úlevu, ale stále to prý není to, co bývalo. Přeje si, aby se její stav podobal normálu a ona byla opět v kondici. Momentálně ji motivuje vidina nové práce. Chtěla by si zřídit vlastní podnikání v kosmetice. Pacientka se

snažila být milá a komunikativní, bylo však poznat, že ji současná situace a její zdravotní stav znepokojuje.

8. Oblast – plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka žije se svým manželem, má 2 děti, má už i roli babičky. Vnouchata ji naplňují radostí. Rodina je pro ni na prvním místě, se svými dětmi i vnouchaty se pravidelně stýká.

9. Oblast – sexualita, mezilidské vztahy

Pacientka má za sebou dva porody a postoupila dvě gynekologické operace. První v roce 2014 TOT. Jedná se o operaci uretery, provádí se u ženské močové inkontinence. A v roce 2020 podstoupila LEEP, což je odstranění povrchové části tkáňově změněného děložního čípku. Po operacích je vše v pořádku.

10. Oblast – Stres, zátěžové situace

Vzhledem k úzkostným stavům pacientky ji stresové situace nedělají dobře. Sociální podpora je ze strany manžela dobrá. Pacientku stresovala předchozí práce, kde byl špatný kolektiv, byl to také jeden z důvodů, proč skončila. Pokud by úzkostné stavy přetrvávaly, bylo by nutné vyhledat psychologickou či psychiatrickou péči, pro nastavení psychiatrické léčby a pravidelné psychoterapie. Pacientka byla poučena lékařem.

11. Oblast – víra, přesvědčení, životní hodnoty

Říká: „Každý je svého štěstí strůjcem.“

12 Oblast – jiné

Žádné další informace podstatné pro bakalářskou práci sděleny nebyly.

Ošetrovatelské diagnózy

- 00085 - Zhoršená tělesná pohyblivost
- 00133- Chronická bolest
- 00255 – Syndrom chronické bolestit
- 00093 - Únava
- 00146 - Úzkost
- 00158 - Snaha zlepšit zvládání zátěže
- 00212 – Snaha zvýšit odolnost

Závěr a shrnutí kazuistiky číslo 1

Pacientka byla hospitalizována pro léčbu bolesti drobných kloubů na horních končetinách. S podezřením na revmatoidní artritidu. Soběstačná, limitována pouze bolestí a ztuhlostí kloubů. Fyziologické funkce v normě. Bylo ji podáno pět kortikoidových infúzí s efektem. Bolesti i ztuhlost kloubů na rukou jsou mírnější. Pacientka během hospitalizace rehabilitovala, proběhlo rentgenové vyšetření, které prokázalo mírné degenerativní změny v SI skloubení. Pacientce byla naplánována kontrola v revmatologické poradně. Indikována k lázeňské léčbě pohybového ústrojí. Kvůli úzkostným stavům bylo doporučeno vyhledat psychologickou či psychiatrickou péči, v případě, že by úzkostné stavy přetrvávaly. Pacientka byla poučena a specialisté ji byli doporučeni. Pacientčin stav bude následně dispenzarizován ambulantně.

4.4.2 Kazuistika číslo 2

Pacientka ročník 1948 (75 let), léčící se s revmatoidní artritidou. Plánovaně přijata 2.3. k přešetření stavu pro dušnost a k podání kortikoidových infúzí. Pacientka absolvovala pravidelnou kontrolu v revmatologické poradně. Revmatolog usoudil, že vzhledem k pacientčiny obtížím by byla vhodná hospitalizace. Pacientka se cítí unavená, motá se a udává bolesti kloubů především na rukou. Dále se u ni projevuje námahová dušnost, vyjde pouze 9 schodů, poté se musí vydýchat. Dříve jich vyšla 18 bez obtíží. Bolesti na hrudi během dušnosti neudává. Klouby na prstech jsou oteklé a začervenalé, obzvlášť II prst pravé ruky, II a III prst levé ruky. Udává bolesti drobných kloubů horních končetin, pravého ramene, SI skloubení a hrudních kloubů. Mobilně je samostatná.

Anamnestické údaje

- **Osobní anamnéza:**

Revmatoidní artritida II stupně – DAS 28 – 5,52

Revmatoidní vaskulitida

Revmatoidní uzly

Séronegativní spodyloartritida

Crohnova choroba

Lehká sideropenická anémie

Glaukom

- **Prodělané operace:** Operace menisku 2x, apendektomie.

- **Alergická anamnéza:** Augmentin, Ingliximab, Mesocain.

- **Rodinná anamnéza:** Otec +88 3x CMP, stářím, matka + 85 slabé srdce, léčila se s revmatoidní artritidou, dcera hypertenze, syn má problém s plotýnkami.
- **Pracovní a sociální anamnéza:** Současně starobní důchod, dříve pracovala jako kadeřnice.
- **Toxikologická anamnéza:** Alkohol nepije, nekuřačka.
- **Epidemiologická anamnéza:** prodělala Covid 19 (10/20), očkovaná 3 dávkou.
- **Farmakologická anamnéza:** Triplixam 10mg/2,5mg/5mg/5mg tbl. 1-0-0, Tralgit 100 mg tbl. 1-0-0, Tralgit 100 mg tbl 1-0-1, Godasal 100/50 mg tbl. 0-1-0, Bisoprolol 5mg tbl. 1/2-0-0, Pregabalín 75 mg cps 1-0-1, Contorloc 20 mg tbl. 1-0-0, Prednison 10 mg tbl 1-0-0, Detralex 500 mg tbl. 2-0-0 Sulfasalazin 500 mg tbl. 2-0-2, Acidum folicum 10 mg tbl 1 v sobotu, Methotrexát 10 mg tbl. 1 v pátek, Caltrate D3 600/400 mg tbl. 0-0-1, Asketon 50 mg tbl. 1-1-1, Furon 40 mg tbl. 1/2-1/2-0, Kalnormin 1 g tbl. 1-0-0, Tiaprid 100mg tbl.0-0-0-1, Humira 40 mg inj s.c. aplikace 1x za 14 dní.

Lékařské vyšetření – stav při přijetí

Pacientka při vědomí, orientovaná časem, místem i osobou. Bez ikteru, momentálně i bez dušnosti a cyanózy. Hydratace a výživa v normě. Pacientka soběstačná. Zornice isokorické, reagují na osvit, jazyk plazí středem, bez patologického povlaku. Karotidy pulzují symetricky, náplň krčních žil nezvýšená. Štítná žláza nehmatná. Hrudník symetrický, dýchání bilaterální, čisté a bez vedlejších fenoménů. Břicho volně prohmatné, nebolestivé. Dolní končetiny, žilní insuficience, pulzace hmatné, periferie proteplená, kapilární návrat v normě. Páteř pokleповě nebolestivá, ramena, lokty, zápěstí a drobné ruční klouby jsou palpačně citlivé. Bez otoků kromě II a III pravého prstu a II levého, bez deformit či kontraktur v kloubech. Kyčle a kolena volně pohyblivé. Pacientka má nastavenou biologickou léčbu od 17.3 2022.

Tabulka 6 - Užívané léky pacientky č. 2 za dobu léčby RA

Léky skupiny DMARD	Doba užívání
Intolerance vyšších dávek MTX – nevolnost	
Humira	8/2010-4/2013
Remicade – alergická reakce	4/2013-6/2014
Simponi – neefektivní	6/2014-7/2019
Roactemra – neefektivní	8-10/2019
Orencia – neefektivní	2/2020–3/2022
Humira	Od 17.3. 2022

Fyzikální a screeningové vyšetření při příjmu pacientky sestrou

- **Přijetí:** Pacientka přijata plánovaně, rodina i blízcí jsou s hospitalizací obeznámeni
- **Stav vědomí a psychický stav:** Pacientka je orientovaná časem, místem i osobu, spolupracuje a komunikuje, GCS 15 bodů.
- **Dýchání:** Spontánní, námahově dušná, dýchá sama bez potřeby inhalace kyslíku.
- **Bolest:** Chronická, tupá bolest kloubů, zejména pravého ramene, drobných kloubů prstů obou horních končetin, VAS 3.
- **Stav kůže:** Spíše suchá. Bez defektů a exantému.
- **Stav sliznic:** Vlhké, fyziologické.
- **Stav výživy:** Pacientka se stavuje per os, je bez rizika malnutrice. Léčí se s Crohnovou chorobou, dodržuje dietu číslo 5. bezezbytkovou.
- **Příjem tekutin:** Pacientka pije dobře, denně vypije kolem 1,5 litru vody.
- **Vyprazdňování:** Moč i stolice odchází, pacientka má zhruba 3-4 stolic za den, stolice kašovitéjšího charakteru. Udává to jako svou normu. Inkontinentní není.
- **Neurologické obtíže:** Ne.
- **Problémy se zrakem:** V pořádku, odpovídající věku, nosí brýle na čtení, které měla i během hospitalizace u sebe.
- **Problémy se sluchem:** Neudává.
- **Sociální zázemí:** Žije sama v bytě.
- **Spánek:** Léky na spaní doma občas využije, ze spánku ji probouzí bolest.
- **Invazivní vstupy:** Periferní žilní katetr.

Tabulka 7 - Naměřené hodnoty pacientka č.2

Měřené údaje					
Výška	Hmotnost	Krevní tlak	Pulz	Saturace kyslíkem	Tělesná teplota
164 cm	80 kg	110/60	73´	97 %	36 °C

Rizika a jejich škálové hodnocení

- Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové: **Žádné riziko** – 28 bodů.
- Hodnocení rizika pádu dle Morse: **Střední riziko**- 35 bodů.
- Hodnocení soběstačnosti dle M. Gordonové:**1**, potřebuje minimální pomoc, sama zvládne 75 % činností.
- Test dle Barthelové – test základních všedních činností: **Lehká závislost**, ADL 2.

Průběh hospitalizace

1. Den hospitalizace

Pacientka byla přijata a seznámena s chodem oddělení. Byly provedeny krevní odběry dle příjmové tabulky, základní biochemický odběr: Na, K, Cl, bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, CK, Albumin, CRP, provedl se odběr moči: moč + sediment. Z hematologie KO+diff, FW. Pacientce byl zaveden periferní žilní katetr, průsvit 22G. Bolesti VAS 3 byly tlumeny analgetiky s efektem a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. Námahově dušná, inhalce kyslíku není třeba, saturace v normě.

2. Den hospitalizace

Pacientka provedla ranní hygienu sama, proběhla dopomoc pouze při oblékání, z důvodu bolesti pravého ramene. Otok a začervenaní kloubů na prstech horních končetin přetrvává. Analgetická léčba podána dle ordinace lékaře. Zdravotní stav pacientky se nijak nezměnil. Byla podána první dávka Solu-medrolu 125 mg do 250 ml fyziologického roztoku od 8 do 10 hodin. Po dokopání infúze se pacientka cítí dobře. Odpoledne proběhla rehabilitace s fyzioterapeutkou. Pacientka měla problémy v noci usnout, kvůli bolesti a nemocničnímu prostředí. Další den ráno žádala o to, aby na noc dostala hypnotika. Pacientka je občas užívá i doma.

3. Den hospitalizace

Byla podána druhá dávka Solu-medrolu 125 mg od 8 do 10 hodin. Stav pacientky je stále velmi podobný. V 11 hodin a 10 minut byla odvezena sanitářem na vozíku na vyšetření CT hrudníku. Závěr vyšetření: plíce rozepjaty, změny plicního intersticia, subakutní fraktura TH4. Pacientka

se vrátila v pořádku. Analgetická léčba podána dle dekurzu, analgetika navíc nevyžaduje. Otoky a začervenání kloubů na ruku přetrvávají, stále pociťuje únavu. Proběhla rehabilitace s fyzioterapeutkou.

4. Den hospitalizace

Proběhlo podání třetí dávky Solu – medrolu 125 mg od 8 do 10 hodin. Pacientka obtíže po dokapání infúze neudává. V 11 hodin a 40 minut byla pacientka odvezena sanitářem na vozíku na vyšetření transthorakální echokardiografii. Závěr vyšetření je: dilatace levé síně, hraniční rozměr baze pravé komory. Dilatace ascendentní aorty, trikuspidální insuficience středně významná. Nejsou UZ známky plicní hypertenze. Odpoledne proběhla rehabilitace s fyzioterapeutkou. Cítí se mnohem lépe, kortikoidy mají pozitivní efekt. Otoky kloubů jsou viditelně menší, pacientka říká, že i bolesti jsou mírnější.

5. Den hospitalizace

Byla podána čtvrtá dávka Solu – medrolu 125 mg od 8 do 10 hodin. Periferní žilní katetr hodnocen dle VIP skóre 0. Pacientčin stav se po podání třetího kortikoidového pulzu výrazně zlepšuje. Pacientka se necítí už tolik unavená, hybnost kloubů rukou se zlepšuje, otoky se zmenšují a pacientka je veselejší.

6. Den hospitalizace

Proběhlo podání poslední páté dávky Solu – medrolu 125 mg od 8 do 10 hodin. Cítí se lépe, otoky jsou menší, hybnost kloubů zlepšená, bolesti mírnější. Po domluvě s lékařem byla naplánována dimise na následující den. Po dokapání infúze byl vytažen periferní žilní katetr VIP skóre 0. Pacientka o propuštění informovala rodinu a domluvila si vlastní odvoz.

7. Den hospitalizace

Ráno odběr krve. biochemie: Na, K, Cl, urea, kreatinin, bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, glukóza, Albumin, CRP. Hematologie: KO+diff. Po zhodnocení výsledků lékařem byla pacientka v 11 hodin a 15 minut propuštěna. Přijela si pro ni dcera. Pacientka byla propuštěna v dobrém stavu a poučena lékařem.

Posouzení potřeb pacienta dle modelu M. Gordonové

Zhodnocení potřeb jsem prováděla 2. den hospitalizace.

1. Oblast – vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

Pacientka své zdraví považuje za celkem dobré, vzhledem k věku a onemocnění které má. Vše si doma obstará sama. Rodina s ní jezdí pouze na větší nákupy, aby tašky nemusela vozit městskou hromadnou dopravou sama. Pacientku trápí bolest, která ji omezuje, nemůže mít věci ve vysokých poličkách, protože ji bolí ramena, když zvedá ruce nad hlavu. Doma má vše uložené maximálně v úrovni očí. Každý den se protahuje, pohyb ji zmírňuje ztuhlost kloubů a bolest.

2.Oblast – výživa a metabolismus

Pacientka přijímá potravu per os, v nemocnici je jí podávána dieta číslo 5. bezezbytková. Léčí se dlouhodobě s Crohnovu chorobou. Pacientka by neměla jíst slupky z ovoce, nejlépe si ovoce povařit. Měla by vyřadit ze svého jídelníčku kořeněné, mastné pokrmy a alkohol. Pečivo by neměla jíst čerstvé, z důvodu nadýmání.

3.Oblast – vylučování

Močení bez obtíží, chodí na toaletu, inkontinentní není. Moč bez patologických příměsí či zápachu. Stolice je kvůli Crohnově chorobě kašovitě konzistence, 3–4 stolice za den. Pacientka udává, že je to její norma. Sama si zvládne dojít na toaletu.

4.Oblast – aktivita a cvičení

Pohyb a cvičení pacientka vnímá pozitivně. Doma provádí rehabilitační cviky. Chodí na procházky a plavat. Pohyb na ni má dobrý vliv jak psychicky, tak fyzicky. Má strach, aby ji klouby nezatuhly.

5.Oblast – Spánek a odpočinek

Pacientka doma hypnotika užívá pouze v krajních případech, nechce léků zneužívat. Ze spánku ji probouzí bolest, po užití analgetik je bolest snesitelnější a opět po jejich užití usne. V nemocnici měla problémy s nespavostí, z důvodu neznámého prostředí a sdílení pokoje s dalšími pacientkami, doma je zvyklá spát v místnosti sama. Pro lepší spánek užívala hypnotika, které měly pozitivní efekt.

6. Oblast – vnímání, poznávání

Pacientka problémy se sluchem nemá. Zrak je v pořádku, používá brýle pouze na čtení. Brýle měla s sebou. Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou. Spolupracuje a komunikuje.

7. Oblast – sebeúcta

Pacientka byla velice milá a pozitivně naladěná, i přes to, že ji hospitalizace překvapila. Před kontrolou u revmatologa svůj zdravotní stav nepovažovala za vážný. Bylo ji ale jasné, že hospitalizace je nutná a pomůže ji k tomu, aby se cítila lépe.

8. Oblast – plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka doposud žila sama v bytě, manžel ji zemřel. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu a chronickým bolestem se s dcerou domluvily, že po propuštění z nemocnice se přestěhuje k ní do domu. Pacientka je vděčná za to, že se o ní dcera chce starat. Dcera žije se svým manželem v rodinném domě, mají dvě děti. Pacientka se těší, že bude více času trávit s vnoučaty a nebude osamělá.

9. Oblast – Sexualita, mezilidské vztahy

Pacientka má za sebou tři porody z toho jednou potratila. Poslední menstruace byla zhruba okolo 47 let od té doby menopauza bez komplikací. Na gynekologické kontroly chodí pravidelně.

10. Oblast – Stres, zátěžové situace

Pacientka byla po celou dobu hospitalizace vlídná, její stav se během hospitalizace výrazně zlepšil. Po propuštění jí čeká stěhování k dceři. Stres si nepřipouští. Rodina ji podporuje a pomáhá, i když se bojí toho, že bude pro rodinu přítěží. Dcera za ni chodila pravidelně na návštěvy a o pacientku jevila zájem.

11. Oblast – Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Na prvním místě je pro pacientku zdraví a její rodina. Žádné náboženství aktivně nevyznává.

12. Oblast – jiné

Žádné další informace podstatné pro bakalářskou práci sděleny nebyly.

Ošetrovatelské diagnózy

- 00133 - Chronická bolest
- 00255 – Syndrom chronické bolesti
- 00214 - Zhoršený komfort
- 00183 - Snaha zlepšit komfort
- 00046 – Narušená integrita kůže
- 00167 – Snaha zlepšit sebepojetí
- 00093 – Únava
- 00085 – Zhoršená tělesná pohyblivost
- 00155 – Riziko pádu
- 00165 – Snaha zlepšit spánek

Shrnutí kazuistiky číslo 2

Pacientka 75 let, přijatá s diagnózou revmatoidní artritida, pro zhoršení stavu. Především pro otoky, začervenání kůže v okolí kloubů prstů horních končetin a námahovou dušnost. Pacientka je orientovaná časem, místem i osou. Spolupracuje, komunikuje a je relativně soběstačná. Samostatně si přechází, je limitována chronickou bolestí a sníženým rozsahem pohybu v kloubech. Pacientka byla přijata pro následné vyšetření a k podání kortikoidových infúzí. Během hospitalizace podstoupila vyšetření – CT hrudníku, transthorakální echokardiografii a funkční vyšetření plic. Po třetí dávce kortikoidové infúze pociťuje úlevu. Bolesti i otoky jsou mírnější. Celkový stav na konci hospitalizace pacientka hodnotila pozitivně. Předchozí nastavená farmakologická léčba zůstává. Pro léčbu RA užívá léky DMARD – Sulfasalazin 500mg 2-0-2 a Biologickou léčbu – Humira 40 mg 1x za 14 dní s.c. aplikace. Po propuštění je doporučena kontrola v revmatologické a osteologické poradně.

4.4.3 Kazuistika číslo 3

Pacientka ročník 1952 (71 let). Přeložena dne 21.3. z nemocnice jiného kraje pro aktivitu revmatoidní artritidy. Do nemocnice v jiném kraji byla původně přijímaná pro minerálový rozvrat a elevaci zánětlivých parametrů, bez průkazu infekce. Pacientka udává bolesti kolen, kyčlí, ramen loktů a přidaly se k tomu i malé ruční klouby. Ranní ztuhlost trvá zhruba 30 minut. Kromě bolestí jiné obtíže neudává. Pacientka je ležící. S diagnózou RA se léčí od roku 1995, měla bohatou farmakologickou terapii. Dříve nastavená biologická léčba pro pacientku buď nebyla efektivní, nebo měla negativní vedlejší účinky. Od roku 2009–2019 užívala: Enbrel, Humira, Roactemra, Simponi. Pacientce byla po přijetí na oddělení gastroenterologie a

revmatologie zjištěna močová infekce ESBL. To bylo kontraindikací k zahájení léčby RA a podání kortikoidových infúzí. Prvně se musela zaléčit infekce močových cest, až poté mohly na řadu přijít kortikoidové infúze.

Anamnestické údaje

- **Osobní anamnéza:**

Revmatoidní artritida III stupně – DAS 28 – 5,74

Močová infekce

Minerálový rozvrat

Osteoporóza

Stav po operaci abscesu jater s peritonitidou a septickým šokem 5/20

Břišní kýla v jizvě po laparotomii

- **Prodělané operace:** 2019 operaci jater pro infekční ložisko.

- **Alergická anamnéza:** Penicilin, Metoprolol – dyspepsie, MTX, Olfen, Lipanorm – exantém.

- **Rodinná anamnéza:** Otec + 66 ICHDK gangréna DK, matka + 60 na rakovinu prsu, bratr zdravý syn a dcera zdraví.

- **Pracovní a sociální anamnéza:** Žije s manželem v rodinném domě, je ve starobním důchodu.

- **Toxikologická anamnéza:** Nekuřačka, alkohol výjimečně.

- **Epidemiologická anamnéza:** Prodělala Covid 19, očkovaná 3 dávky.

- **Farmakologická anamnéza:** Zoda 10 mg tbl. 1-0-0, Ascorutin 100mg/20mg tbl. 1-0-0, Medrol 4 mg tbl. 2-0-0, Helicid 20 mg tbl 1-0-1, Calcichew D3 500/400IU tbl. 0-0-1, Vigantol 0,5 mg/ml tbl. 25 kapek v pátek, Nalgesin S 275 mg tbl. 1-0-1 podmíněno VAS 2, Prothazin 25 mg tbl. 1-0-0-1, Buronil 25 mg tbl. 0-0-0-1, Rivotril 2,5 mg/ml gtt. 0-0-0-6, Lactulosa 667mg/ml sir. 30 ml, Novalgin 500 mg tbl. 1-0-1, Zaldiar 37,5mg/325mg tbl. 0-1-0-1, Sorbifer durules 320mg/60mg tbl. 1-0-0, Lokren 20 mg btl. 1/2-0-0, Terrosa 20MCG/80MCL inj sol. Ve 20 hodin s.c. aplikace, Berodual 0,02mg/0,05mg inh sol 2-2-2, Miflonid 400MCG inh plv. 1-0-1.

Lékařské vyšetření – stav při přijetí

Pacientka orientovaná časem, místem i osobou. Bez dušnosti či cyanózy. Bez známek anémie. Pacientka je dehydratovaná, obézní. V lůžku mobilní s dopomocí. Zornice isokorické, spojivky prokrvené, jazyk plazí středem, je oschlý, vyhlazené papily, bez patologického povlaku.

Karotidy pulzují symetricky, bez šelestů, náplň krčních žil je pro konstituci pacientky nehodnotitelná. Dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů. Břícho volně prohmatné, nebolestivé, peristaltika je slyšitelná. Dolní končetiny jsou bez otoků, bez žilní insuficience, pulzace jsou hmatné, kapilární návrat v normě. Pacientka má opruzeniny v kožních záhybech, pod prsy, pod pupkem, v tříselech. Páteř je pokleповě citlivější, bolestivost kyčlí. Pravé koleno je oteklé a bolestivé. Malé nožní klouby bez otoků a bolesti. Ramena bez otoku, ruce je schopná vzpažit nad hlavu, lokty jsou bez otoku, palpačně bolestivé. Zápěstí bolestivé s velmi omezenou hybností, bez otoku. Malé ruční klouby palpačně citlivé, bez otoku.

Fyzikální a screeningové vyšetření při příjmu pacientky sestrou

- **Přijetí:** Jednalo se o plánované přeložení z interního oddělení nemocnice jiného kraje. Rodina byla o překladech informována a souhlasila.
- **Stav vědomí a psychický stav:** Pacientka je orientována časem, místem i osobou. GCS 15 bodů.
- **Dýchání:** Spontánní, bez obtíží.
- **Bolest:** Pacientka udává chronické bolesti kloubů především kyčlí, kolen, ramen, loktů a drobných ručních kloubů. Bolest hodnotí jako VAS 3.
- **Stav kůže:** Spíše suchá, pacientka má opruzeniny v kožních záhybech. Po těle má začervenalý exantém, který ji svědí.
- **Stav sliznic:** Sliznice jsou suché, má oschlý jazyk i ústa, dehydratace.
- **Stav výživy:** Pacientka žádné intolerance potravy neudává, potravu přijímá per os. Během hospitalizace je podávána dieta číslo 3. racionální. Pacientka je obézní.
- **Příjem tekutin:** Tekutiny přijímá per os, je nutné ji aktivně tekutiny nabízet.
- **Vyprazdňování:** Pacientka má zavedený permanentní močový katetr, french 16. PMK odvádí, pacientka má ESBL v moči. Trpí spíše zácpou.
- **Neurologické obtíže:** Ne.
- **Problémy se zrakem:** Ne.
- **Problémy se sluchem:** Ne.
- **Sociální zázemí:** Pacientka žije se svým manželem v rodinném domě.
- **Spánek:** Trpí nespavostí, užívá hypnotika.
- **Invazivní vstupy:** Periferní žilní katetr

Tabulka 8 - Naměřené hodnoty pacientka č. 3

Měřené údaje					
Výška	Hmotnost	Krevní tlak	Pulz	Saturace kyslíkem	Tělesná teplota
160 cm	nelze zvážit	132/96	94´	99 %	36,1 °C

Rizika a jejich škálové hodnocení

- Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové: **Střední riziko**, 22 bodů.
- Hodnocení rizika pádu dle Morse: **Vysoké riziko**, 60 bodů.
- Hodnocení soběstačnosti dle M. Gordonové: **4**, zcela závislá n a pomoci druhých, potřebuje úplný dohled
- Test dle Barthelové – test základních všedních činností: **ADL 4**, 25 bodů

Průběh hospitalizace

1.Den hospitalizace

Pacientka byla plánovaně přeložena z nemocnice jiného kraje, pro aktivitu revmatoidní artritidy a k podání kortikoidových infúzí. Pacientce byl nově zaveden permanentní močový katetr, french 16. PMK se podle standardů oddělení mění po 14. dnech, močový sáček se mění 7. den. Byl také zaveden periferní žilní katetr, průsvit 22 G. Pacientce byl podán fyziologický roztok 1000 ml na 8 hodin. Provedly se odběry krve i moči. Při vstupním vyšetření byla pacientce zjištěna infekce močových cest s pozitivitou ESBL. Byla nasazena antibiotika Meropenem 1 g i.v. po 8 hodinách. Během probíhající infekce není možné podávat kortikoidové pulzy. Proto je nutné prvně zaléčit infekci a až poté se mohou podat kortikoidy v těchto dávkách. Z počátku hospitalizace se tedy řešila především močová infekce. Pacientku trápí pruritus kůže, který se objevuje na zapařených místech, ta jsou promazávána Imazol mastí. Pacientka byla prvních 7. dní léčena především pro infekci a byly podávány hydratační infúze.

2.–6. Den hospitalizace

Pacientka je obézní, velmi špatně pohyblivá, v rámci lůžka se obslouží. Udává velké bolesti zápěstí loktů, kyčlí, kolen a drobných kloubů na ruku. Fyziologické funkce jsou měřeny každý den ráno. Periferní žilní katetr je funkční. Parenterálně byla podána hydratační infúze od 8 do 16 hodin. V 8-16-24 hodin jsou ordinována parenterální antibiotika (Meropenem 1 g i.v.). PMK odvádí, moč zapáchá, bez patologických příměsí. Pruritus a opruzeniny jsou pravidelně 3x denně promazávány Imazol mastí, dle ordinace lékaře.

4. den hospitalizace jsou hydratační infúze vyrušeny. Pacientka jí a pije dobře. Zdravotní personál i fyzioterapeutka se pokouší pacientku více aktivizovat a vertikalizovat. Zvládne se posadit s dolními končetinami spuštěnými z lůžka dolů. Vydrží sedět i bez opory zad. Kdyby se pacientka více snažila, její hybnost by byla lepší. Analgetická léčba je využita naplno, žádá Nalegesin S 275 mg p.o 1-0-1, bolest je monitorována, hodnocení je zapsáno do ošetrovatelského pozorování. Hodnocení PŽK dle VIP skóre 0.

Periferní žilní katetr byl 4. den hospitalizace nefunkční, proto došlo k jeho odstranění. Nový PŽK se opakovaně nepodařilo zavést, pacientka měla velmi křehké žíly. Proto se lékař rozhodl pro zavedení midlinu. Dvoucestný midline byl zaveden na vazografiích do vena brachialis dexter. Druhý den byl midline převázán, na vstup bylo použito krytí s chlorhexidinem. Dle zvyklostí oddělení by se měl vstup následně přelepit 7. den, pokud vstup nekrvácí a není potřeba ho převázat dříve.

5. den hospitalizace bylo množství Laktulozy 667mg/ml p.o navýšeno na 30 ml 1-1-0, pacientka nebyla 4 dny na stolici. Poté se pacientce podařilo vyprázdnit na podložní míse. V průběhu těchto dnů byly také prováděny biochemické odběry krve: Na, K, Cl, urea, kreatinin, ALT, AST, ALP, bilirubin, CRP a močové odběry moč + sediment. Z hematologie: krevní obraz.

7. Den hospitalizace

Byla podána poslední dávka parenterálních antibiotik. Po vyhodnocení krevních výsledků se rozhodne o podání kortikoidových pulzů. Proběhla také výměna močového sáčku.

8. Den hospitalizace

Výsledky byly v pořádku a pacientka dostala první dávku z 5 plánovaných kortikoidových minipulzů Solu – medrol 125 mg i.v. do 250 ml fyziologického roztoku od 8 do 10 hodin. Fyziologické funkce pacientky byly v normě. PMK odvádí, moč je bez zápachu a příměsí. Midline vstup je klidný, nekrvácí. Pacientka rehabilituje s fyzioterapeutkou, probíhá nácvik vertikalizace, ale snaha pacientky je malá. Bolest je sledovaná a hodnocená. Pacientka vyžaduje veškerá analgetika, která jsou rozepsaná v dekurzu. Bolest je zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace. Jídlo si nechává připravit sestrou, stravuje se v lůžku, odmítá se k jídlu posadit s DK z lůžka. Na noc užívá hypnotika.

9.-10. Den hospitalizace

Pacientce byla podána druhá a třetí kortikoidová infúze i.v Solu – medrol 125 mg na dvě hodiny. Midline vstup bez známek zánětu či krvácení. Pacientka po třetí infúzi pocítuje, že je bolest

mírnější. Pruritus stále přetrvává, ale začervenání pod prsy, pupkem a v tříselech mizí, zbytek těla byl promazán olejem. Predilekční místa jsou kontrolována. Rehabilituje s fyzioterapeutkou. PMK odvádí, moč bez příměsí, bez zápachu.

11.-12.Den hospitalizace

Byla podána čtvrtá a pátá dávka kortikoidového minipulzu i.v Solu – medrol 125 mg s pozitivní odpovědí. Otoky kloubů jsou viditelně menší, pohyblivost je mírně zlepšená. Midline vstup bez známek zánětu. V odpoledních hodinách ji byl také vytažen midline vstup. Léčba je lékaři hodnocena jako efektivní a zvažují další postup farmakologické léčby RA. Byly provedeny kontrolní odběry krve. Vzhledem k tomu, že pacientka není schopná se sama o sebe postarat, lékaři ji nabídli následnou péči v nemocnici, ze které byla původně přijata, aby za ni manžel mohl dojíždět, nebo LDN. To však pacientka odmítá a chce do domácí péče. Doma žije s manželem v rodinném domě. Pacientka je částečně soběstačná.

13. Den hospitalizace

Ranní léky podány, společnými silami byla provedena ranní hygiena. Pacientka se oblékla s pomocí do civilu a zdravotnický personál ji pomohl sbalit osobní věci, které v nemocnici měla. Pacientka byla propuštěna do domácí péče, odvoz zajištěnou sanitou.

Posouzení potřeb pacienta dle modelu M. Gordonové

1.Oblast – vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

Svůj zdravotní stav pacientka hodnotí jako špatný, limituje ji bolest. Pacientka říká: „Kdyby nebylo té hrozné bolesti, tak by to bylo lepší, ale takhle mě bolí každý pohyb a celý člověk.“ Po podání třetí kortikoidové infúze cítí úlevu, bolest je mírnější.

2. Oblast – výživa a metabolismus

Pacientka nemá žádné dietní omezení. V nemocnici je jí podávána dieta číslo 3. racionální. Potravu přijímá per os. S příjmem potravy problém nemá, chutná jí. Jídlo je nutné ji připravit a namazat. Pije dobře.

3. Oblast – Vylučování

Pacientka má inkontinenci moči. Během hospitalizace ji byl zaveden permanentní močový katetr french 16, pacientka s ním přijela už z předchozí nemocnice. Bylo jí zjištěno ESBL

v močových cestách. S vylučováním stolice má obtíže, trpí zácpou, byla ji podávána preventivně Laktulóza.

4. Oblast – Aktivita a odpočinek

Pacientka moc aktivní není. Vzhledem k věku a projevům RA ji bolest hodně limituje. V nemocnici se do sebezpěče nezapojovala, pokud nebyla vyzvána, aby se zapojila. Péči nechávala spíše na zdravotnickém personálu. Rehabilitační cvičení prováděla pouze s fyzioterapeutkou či sestrou, sama nikoliv.

5. Oblast – Spánek a odpočinek

Cítí se unavená, vyčerpaná a bez síly. V nemocnici na noc vyžaduje hypnotika, doma je neužívá. Hypnotika mají dobrý efekt v noci spí dobře. Pospávala občas i během dne.

6. Oblast – Vnímání, poznávání

Zrak i sluch pacientky je v normě, přiměřený věku. Nosí brýle na čtení, které má u sebe. Během hospitalizace pacientka byla orientovaná časem, místem i osobou.

7. Oblast – Sebeúcta

Pacientku trápila chronická bolest, která ji limitovala, neměla ale snahu zlepšit svou hybnost. Zdravotnický personál ji musel vždy vybízet, aby se zapojila do hygienické péče, nebo k posazení v lůžku alespoň k jídlu. Pacientka sama od sebe aktivitu nevyvíjela.

8. Oblast – Plnění rolí

Pacientka žije s manželem v rodinném domě. Lékaři ji nabídli následnou péči v LDN, to ale odmítá. Chce být doma, kde o ní bude pečovat manžel a jejich dvě dospělé děti. Následnou péči zajišťuje po domluvě s lékařem rodina pacientky.

9. Oblast – Sexualita a mezilidské vztahy

V této oblasti nemá žádné problémy. Pacientka porodila 2 děti, potraty žádné. Gynekologickou operaci nepodstoupila.

10. Oblast – Stres, zátěžové situace

S revmatoidní artritidou se léčí dlouhodobě. V nemocnici už byla hospitalizovaná vícekrát, tudíž zná průběh hospitalizace. Tentokrát byla ale hospitalizována mimo kraj, ve kterém žije i se svou rodinou. Chyběla ji fyzická přítomnost rodiny.

11. Oblast – Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je ateistka.

12.Oblast – Jiné

Žádné další informace podstatné pro bakalářskou práci sděleny nebyly.

Ošetrovatelské diagnózy

- 00235 – Chronická funkční zácpa
- 00012 – Vnímaná zácpa
- 00097 – Nedostatek zájmových aktivit
- 00162 – Snaha zlepšit management zdraví
- 00232- Obezita
- 00160 – Snaha zlepšit rovnováhu tekutin
- 00091 – Zhoršená pohyblivost na lůžku
- 00040 – Riziko syndromu nepoužívání (muskuloskeletálního systému)
- 00092 – Intolerance aktivity
- 00182 – Snaha zlepšit sebepěči
- 00193 – Zanedbávání sebe sama
- 00133- Chronická bolest
- 00249 – Riziko dekubitu
- 00155 – Riziko pádu
- 00046 – Narušená integrita kůže
- 00093 – Únava

Shrnutí kazuistiky číslo 3

Pacientka byla přeložena z nemocnice jiného kraje, kam byla původně byla přijata pro minerálový rozvrat a dehydrataci. Po vyřešení tohoto problému byla přeložena na oddělení revmatologie a gastroenterologie, kde bylo v plánu léčit aktivitu RA. Při vstupním vyšetření byla zjištěna močová infekce s pozitivitou ESBL. Prvním krokem bylo zaléčit probíhající močovou infekci. Po léčbě antibiotiky, byly nasazeny kortikoidové minipulzy Solu – merol 125 mg. 1 infúze po dobu 5 dní na 2 hodiny. Pacientka měla po dobu hospitalizace PMK. Byl také zaveden Midline vstup pro podání i.v léků. Pacientka byla orientovaná, ležící a obézní. V lůžku byla schopná se obsloužit. Trápily ji chronické bolesti velkých i drobných kloubů, které ji limitovaly. Po podání kortikoidových infúzí pacientka cítila úlevu. Bolest i otoky byly

mírnější. Lékaři pacientce nastavili novou biologickou léčbu, zvolili Orenciu. Pacientce byla doporučena následná péče v LDN, nebo v nemocnici ze které byla přeložena. To však pacientka odmítá a chce do domácí péče. Bude se o ni následně starat rodina. Domů byla převezena sanitou. Pacientka má v brzké době naplánovanou kontrolu v revmatologické poradně.

5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo definovat a popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s revmatoidní artritidou, zjistit jaké jsou potřeby pacientů a popsat hlavní ošetrovatelské problémy, na které je potřeba klást důraz.

Výsledky, které byly zjištěny jsou porovnávány se závěrečnou bakalářskou prací Nely Záhorové (2018), která se zabývá edukací pacienta s revmatoidní artritidou. Cristina Cocerjenco (2018) se zabývá pacienty s chronickou bolestí v současné době a Jaroslava Junerové (2021) se ve své diplomové práci věnuje tématu subjektivní prožívání chronických bolestí zad. Dále byly využity i odborné články a literární zdroje.

Kladené průzkumné otázky:

Otázka č. 1 Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou?

Léčba revmatoidní artritidy probíhá především ambulantně. Pacient pravidelně dochází na kontroly do revmatologické ambulance, ve které je dispenzarizován. Pokud dojde k hospitalizaci pacienta pro diagnózu RA, bývá to především z důvodu výrazného zhoršení zdravotního stavu během akutní fáze onemocnění. Mohou se vyskytnout i mimo kloubní komplikace, které je důležité dále vyšetřit. Příznaky typické pro pacienty léčící se s RA jsou chronické bolesti, ztuhlost, otok a omezený rozsah pohybu kloubů. Tyto projevy se shodují s projevy pacientů, u kterých byl prováděn průzkum. Nejvíce jsou postiženy drobné klouby rukou, nohou, zápěstí, výjimkou nejsou ale ani velké klouby jako ramena, lokty, kyčle a kolena. Pacient také může pociťovat únavu, slabost a nechutenství. Tyto příznaky shodně uvádí ve svém výzkumném šetření i Záhorová (2018). Hlavní a zásadní projev onemocnění, který potvrdili všichni pacienti v průzkumné práci je chronická bolest.

Chronická bolest je specifická, opakující se bolest, která trvá déle než 3-6 měsíců. Tento druh bolesti zapříčiní tělesné, duševní i sociální strádání. Proto považuji za důležité se na bolest během ošetrovatelské péče zaměřit. Pro léčbu bolesti lze zvolit rehabilitační cvičení, sociální podporu či psychoterapie. Pohyb ve většině případů pacientům prospívá. Farmakoterapie – analgetika se podávají v pravidelných časových intervalech. Po konzultaci s lékařem se jejich dávka přizpůsobuje potřebám pacienta Skála a Kozák (2021). Bolest se hodnotí pravidelně a zaznamenává se do ošetrovatelské dokumentace. Pacient je bolestí limitován v soběstačnosti, tím je odkázán na pomoc druhých a kompenzační pomůcky. K přemísťování lze využít chodítka či francouzské hole. Pacienti mívají problém s uchopením předmětů, kvůli bolesti, otokům a

deformaci drobných kloubů ruky. Existují však pomůcky, které ulehčují pacientovi osobní hygienu jako je například ergonomický hřeben či vyvýšené sedátko na toaletu. Pro komfortnější příjem potravy pacient může využít speciální zahnutou lžici, otevírač na lahve, nebo protiskluzové prkénko. Ačkoliv je v dnešní době na trhu velké množství kompenzačních pomůcek, dle výzkumu Záhorové (2018) pacienti kompenzační pomůcky moc často nevyužívají. Pouze malý vzorek pacientů používá francouzské hole. V mém průzkumu hole využívala pouze jedna pacientka. Je vhodné pacientovi doporučit kompenzační pomůcky, které mu usnadní život a bude díky nim i více samostatný. Bolesti kloubů mohou pacienta ovlivnit natolik, že pacient není dále schopný vykonávat své současné povolání. Tím ztrácí příjmy, na které byl doposud zvyklý. Je potřeba myslet i na psychickou a sociální stránku pacientova života. Může se objevit depresivní ladění a tendence uzavírat se do sebe. Je dobré pacienta i jeho rodinu informovat o tom, že existuje organizace zvaná Revmaliga, která sdružuje a napomáhá pacientům s revmatologickým onemocněním. Na jejich stránkách je spousta užitečných informací, které pacient využije. Může se zapojit do společenských akcí, kde se schází pacienti s revmatologickým onemocněním. Pacient se díky tomu seznámí s lidmi, kteří se potýkají s obdobnými obtížemi.

Hlavním specifickým ošetřovatelské péče je zajistit a uspokojit potřeby pacienta. Nejvýznamnější je pro pacienta s RA je potřeba být bez bolesti, pacient pak bude schopný vykonávat běžné denní činnosti bez omezení.

2. Jaké jsou nejčastější ošetřovatelské problémy u pacientů s RA?

Pro zhodnocení nejčastějších ošetřovatelských problémů byly vypsány ošetřovatelské diagnózy dle Taxonomie II. Významný ošetřovatelský problém, který se vyskytuje u mého vzorku pacientů léčících se revmatoidní artritidou je chronická bolest (00235). Bolest je třeba pacientovi vždy věřit a reagovat na ni. Pro hodnocení bolesti byla využívána škála VAS. Hodnocení se zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Následně se pozoruje, jak pacient reaguje na léčbu bolesti. Chronická bolest má vliv na denní aktivity pacienta, jeho psychiku, spánek, mezilidské a partnerské vztahy, stejně tak uvádí Junerová (2021) ve výzkumu své diplomové práce. Z důvodu chronické bolesti má pacient zhoršenou tělesnou pohyblivost (00085). Riziko pádu (00155) se u každé pacientky lišilo. Odvíjí se od zdravotního stavu a míře soběstačnosti pacienta. Většina pacientů udává pocit únavy (00093). Kvůli bolesti, únavě i zhoršené pohyblivosti pocítují pacienti zhoršený komfort (00214) a bezmocnost (00125). Ošetřující personál by měl mít snahu zlepšit pacientův komfort (00183). Únavu lze zmírnit tím,

že se pacientovi dopřeje nerušený spánek – snaha zlepšit spánek (00165). Toho lze dosáhnout správně nastavenou, analgetickou léčbou, pacientovi se před spaním může vyvětrat pokoj a naklepat polštář. Je také dobré zjistit, zda má návyky, které pravidelně vykonává doma před spánkem a dopřát mu je vykonat i během hospitalizace. Dále je nutné zmínit snahu o zlepšení sebepečce (00182). Pacient se aktivně zapojuje do činností jako je hygienická péče, či pravidelné rehabilitační cvičení. Pacienti, o které jsem se starala udávali strach ze zatuhnutí kloubů, proto i doma provádí pravidelné rehabilitační cviky. Vždy záleží na přístupu pacienta. Sedm z deseti pacientů z mého průzkumu bylo svědomitých a rehabilitačnímu cvičení se denně alespoň chvíli věnovali. Záhorová (2018) též uvádí že šest z deseti pacientů doma pravidelně provádí rehabilitační cviky, nebo navštěvují fyzioterapeuta. Pacientkám z výše uvedených kazuistik byly během hospitalizace podávány kortikoidové infúze (i.v. aplikace), proto jim byl zajištěn žilní vstup. Tím byla narušena integrita kůže (00046), která je úzce spojena s rizikem infekce (0004). Zavedené žilní vstupy byly pravidelně monitorovány a hodnoceny podle VIP skóre, které bylo po celou dobu hospitalizace 0.

3. Jaké jsou další potřeby pacientů s revmatoidní artritidou?

Pacienti, kterým jejich zdravotní stav nedovolí pokračovat v jejich zaměstnání se ocitají ve svízelných situacích a nemají dost peněz na to uspokojit své potřeby. Cocerjenco (2018) ve výzkumu své práce uvádí otázku pro pacienty léčící se s chronickou bolestí, zda mají dostatek peněz na to, aby uspokojili své potřeby. Dostatek financí má 10 % respondentů, 16 % respondentů odpovědělo že většinou ano. Zbytek respondentů mělo negativní odpověď. Většina mých respondentů byla ve starobním důchodu 1 pacientka byla důchodu invalidním. Pacientovi s revmatoidní artritidou může pomoci správně nastavená léčba, díky které budou efektivně tlumeny bolesti a projevy onemocnění. Na počátku při zahájení iniciální léčby je doporučeno začít s konvenčními syntetickými DMARD. Většinou lékař předepisuje Metotrexát, současně s ním je dobré užívat kyselinu listovou 1x týdně, čímž se snižuje riziko jeho toxicity. V době aktivní fáze onemocnění se doporučuje k Metotrexátu přidat glukokortikoidy Šenolt (2018). Příkladem jsou pacientky z uvedených kazuistik, které byly přijaty k léčbě akutní fáze RA. K léčbě byly využity kortikoidové infúze, které měly skvělý efekt na zmírnění symptomů onemocnění. Pacientky už po 3 infúzi pocitovaly zlepšení. Pokud iniciální léčba selže a jsou přítomné nepříznivé prognostické faktory přichází na řadu biologická léčba. Cílem léčby je navodit stav remise. Během nastavení léčby je nezbytné, aby pacient docházel na pravidelné kontroly a sledoval, jak na něj nově nastavená léčba působí. Lékař optimalizuje léčbu dle průběhu a aktivity onemocnění Šenolt (2018). Dnešní doba nabízí časnou diagnostiku

a podchycení onemocnění. Za poslední desítky let obor revmatologie postoupil velmi kupředu a je zde velké spektrum možností léčby



Obrázek 2 - Hlavní ošetřovatelské problémy

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat a přiblížit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s revmatoidní artritidou. Téma jsem si vybrala, za účelem prostudování onemocnění v oboru revmatologie. Chtěla jsem zjistit a ověřit na zvoleném vzorku pacientů, jaké jsou hlavní ošetrovatelské problémy u jedinců léčících se s revmatoidní artritidou. Během studia literatury a odborných článků jsem zjistila, že je minimum publikací, které by sloužily jako edukační materiál pro sestry, které se starají o pacienty s revmatologickým onemocněním. Do budoucna by bylo žádoucí vydat novější, rozšířenou publikaci, která by se věnovala ošetrovatelské péči v revmatologii.

Teoretická část přibližuje charakteristiku onemocnění, etiologii, příznaky, vyšetřovací metody, hodnotící parametry aktivity onemocnění a možnosti léčby RA. Dále jsou zde popsána specifika ošetrovatelské péče o pacienty s revmatoidní artritidou, která se věnují oblastem jako je soběstačnost, osobní hygiena, výživa, vylučování, aktivita a cvičení, potřeba být bez bolesti a psychosociálním potřebám pacienta.

V praktické části byly využity kazuistiky, které popisují hlavní ošetrovatelské problémy pacientů s revmatoidní artritidou. Kazuistiky byly vypracovány na základě sběru a analýzy dat během přímé ošetrovatelské péče o dané pacienty na interním, revmatologickém oddělení lůžkového typu. V diskuzi bylo odpovězeno na průzkumné otázky. Výsledná zjištění jsou u malého vzorku a nelze je zobecňovat, ale je možné je použít jako základ pro vytvoření doporučení pro praxi. Dílčím cílem bylo vytvořit edukační materiál s hlavními ošetrovatelskými problémy, na které si dát pozor během ošetrovatelské péče u pacientů s revmatoidní artritidou. Materiál má sloužit zejména začínajícím praktickým či všeobecným sestrám v adaptačním procesu na oddělení revmatologie a interních oddělení, kde jsou tito pacienti hospitalizováni.

V budoucnu by jistě bylo vhodné se dále tomuto tématu věnovat z důvodu doplnění publikovaných výsledků a důkazů založených na klinické praxi. Provedený průzkum by mohl být uznán, jako předvýzkum na základě, které by mohla být provedena další výzkumná studie zaměřená na ošetrovatelskou péči o pacienty s revmatoidní artritidou. Zvolenou metodou můžete být i využití standardizovaných dotazníků související s kvalitou života pacientů se specifickým onemocněním nebo metodou rozhovorů a zjištění zkušeností od sester.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Knižní publikace

AYERS, Susan. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada publishing a.s, 2015. ISBN 978-80-247-5230-3.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2. Praha: Grada publishing a.s, 2016. ISBN 978-80-247-5331-7.

KRÁTKÁ, Anna. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2018. ISBN 978-80-7454-764-5.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. Praha: Grada publishing a.s, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.

NĚMEC, Petr. *Revmatologie pro praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3284-3.

OLEJÁROVÁ, Marta. *Revmatologie v obrazech*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4249-9.

OLEJÁROVÁ, Marta a KORANDOVÁ, Jana. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta, 2011. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2455-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2. Praha: Grada publishing a.s, 2018. ISBN 978027108886.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2. Praha: Grada publishing a.s, 2018. ISBN 978027108886.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 2. Praha: Grada publishing a.s, 2019. ISBN 9788027128631.

ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada publishing a.s, 2018. ISBN 978-80-271-0312-6.

SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA. *Vnitřní lékařství v kostce*. 1. Praha: Grada publishing a.s, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

TRACHTOVÁ, Eva a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

ZAVADA, Jakub. *Revmatologie v klinických scénářích*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4405-9.

7.2 Internetové zdroje

COCERJENCO, CRISTINA. Kvalita života pacienta s chronickou bolestí v současné době In: *Vszdrav.cz* [online]. ©2021 Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2017-2018/Vseobecna_sestra_2018/Cocerjenco_Cristina/Cocerjenco_Cristina_V.pdf. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ. Vedoucí práce Mgr. Eva Marková, Ph.D.

EULAR [online]. Switzerland: Eular Copyright © eular [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.eular.org/whoweare>

JURENOVÁ, Jaroslava 2021. Subjektivní prožívání pacientů s chronickou bolestí zad In: *Vszdrav.cz* [online]. ©2021 Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2017-2018/Vseobecna_sestra_2018/Cocerjenco_Cristina/Cocerjenco_Cristina_V.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

KODITKOVÁ, Ilona, 2018. Základní nutriční screening. In: *Www.szsu.cz* [online]. Copyright © 2023 SZSUO.CZ [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.szsu.cz/uredni-deska/poradni-organy-skoly?id=112>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR a ústav zdravotnických informací a statistik, 2023. In: *Nzip.cz* [online]. [cit. 02.03.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. In: *nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 02.03.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

REVMALIGA Česká republika, 2017. Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy. In: *Revmaliga.cz* [online]. 2023 © Copyright, 2022 [cit. 22-11-28] Dostupné z: <https://www.revmaliga.cz/doporučení-pro-lečbu-ra-2/<>.

REVMALIGA Česká republika, 2019, Doporučení pro léčbu RA. In: *Revmaliga.cz* [online]. 2023 © Copyright [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: www.revmaliga.cz/ke-stazeni/lecba-ra-pohledem-pacienta/

REVMALIGA Česká republika, 2020. Ano a ne pro vaši RA. In: *Revmaliga.cz* [online]. © Copyright 2023 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://www.revmaliga.cz/ke-stazeni/lecba-ra-pohledem-pacienta/>

REVMATOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2017 In: *revmatologicka-spolecnost.cz* [online] © 2023 Česká revmatologická společnost [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: www.revmatologicka-spolecnost.cz/doporuocene-postupy-eular-acr/

SKÁLA, Bohumil a Jiří KOZÁK. 2021. Léčba bolesti. *Svl.cz* [online]. © 2023 Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/doporuocene-postupy/doporuocene-postupy-pro-pl-zpracovane-2020-2022/>

ŠEDOVIÁ, Liliana a Jana TOMASOVÁ STUDÝNKOVÁ, 2022, Časná diagnostika revmatoidní artritidy, strategie léčby, In: *Medicína pro praxi* [online]. 2022, 10-17 [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-202201-0001_casna_diagnostika_revmatoidni_artritidy_strategie_lecby.php

ŠENOLT, Ladislav, 2018. Nová doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy. In: *Internimedicina.cz* [online]. © 2001-2023 Solen s.r.o. [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201802-0003_Nova_doporučení_pro_lecby_revmatoidni_artritidy.php?l=en

ŠENOLT, Ladislav, 2021. Revmatologie: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. In: *Svl.cz* [online] © 2023 Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/doporuocene-postupy/doporuocene-postupy-pro-pl-zpracovane-2020-2022>

ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY (MNA), 2012. In: *Is.muni.cz* [online]. Brno: muni, 2023 [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/jaro2012/BVVP0422c/Skala_pro_hodnoceni_stavu_vyzivY.pdf

ŠPIRITOVIC, Maja, 2018. Revmatoidní artritida versus cvičení. In: *Revmaliga.cz* [online]. Praha: Revma Liga, 2023 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.revmaliga.cz/aktualita/revmatoidni-artritida-versus-cviceni/>

TÜRKOVÁ, Věra a Věra STASKOVÁ, 2015. Pomůcky podporující soběstačnost nemocných s revmatoidní artritidou. In: *florence.cz* [online]. Copyright 2020 Care Comm s.r.o., 2023 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/12/pomucky-podporujici-sobestacnost-nemocnych-s-revmatoidni-artritidou/>

VERA, Matt, 2023. 6 Rheumatoid Arthritis Nursing Care Plans. In: *Nurselabs.com* [online]. USA: nurselabs, 2023 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://nurselabs.com/rheumatoid-arthritis-nursing-care-plans>

ZÁHOROVÁ, Nela, 2018. Postižení pacienta s revmatoidní artritidou In: *Tult.cz* [online]. Copyright ©2002-2012 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/handle/15240/151137>. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Vedoucí práce Mgr. Marie Froňková

8 PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Obrázek protiskluzového prkénka</i>	65
Příloha B - <i>Obrázek úchytu na tužky</i>	66
Příloha C - <i>Obrázek držáku klíčů</i>	67
Příloha D - <i>Obrázek držáku na hole a berle</i>	68
Příloha E - <i>Obrázek ergonomického hřebene</i>	69
Příloha F - <i>Nutriční screening (Koditková, online)</i>	70
Příloha G – <i>Hlavní ošetrovatelské problémy</i>	71
Příloha H - <i>Specifika péče a potřeb pacientů s revmatoidní artritidou</i>	72

Příloha A - *Obrázek protiskluzového prkénka*



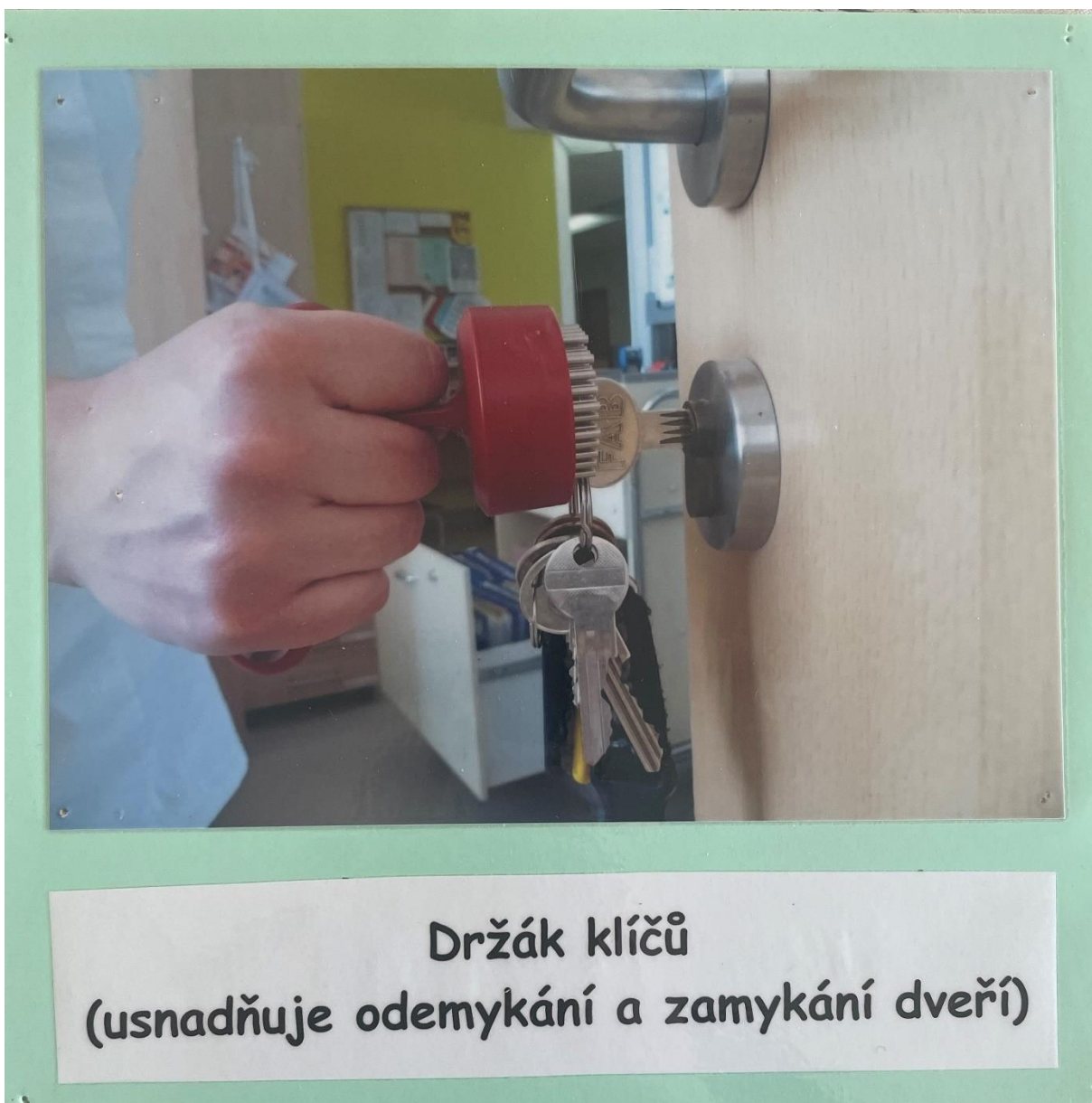
Kuchyňské prkénko - protiskluzové

Příloha B - *Obrázek úchytu na tužky*



Úchyt na tužky

Příloha C - *Obrázek držáku klíčů*



Příloha D - *Obrázek držáku na hole a berle*



Příloha E - *Obrázek ergonomického hřebene*



Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Datum		Oddělení		
Jméno	Příjmení	Titul	Pojišťovna	Rodné číslo
Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI (kg:m²)	
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2	
Nelze-li od pacienta získat informace			3	
(v takovém případě nevyplňujeme body B, C, D)				
A) Věk	do 65 let		0	
	nad 65 let		1	
	nad 70 let		3	
B) BMI:	20-30		0	
	18-20, nad 35		1	
	pod 18		2	
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná		0	
	do 3 kg / 3 měsíce		1	
	3 kg - 6 kg / 3 měsíce nebo volné šatstvo		2	
D) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství		0	
	poloviční porce		1	
	jí občas nebo nejlí		2	
E) Projevy nemoci	žádné		0	
	bolesti břicha, nechutenství		1	
	zvracení, průjem nad 6/den		2	
F) Faktor stressu	žádný		0	
	střední		1	
	vysoký		2	
Střední faktor stressu				
- chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon				
Vysoký faktor stressu				
- akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO				
Index: (A + B + C + D + E + F)				
0 - 3	0	bez nutnosti zvláštní intervence		
4 - 7	+	nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta		
8 →	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná léčba		
Vypočtené skóre:				
Podpis zpracovatele:				

© P. Kohout, T. Starnovská



Tabulka 9 - Specifika péče a potřeby pacientů s revmatoidní artritidou

Specifická péče o pacienty s revmatoidní artritidou	Psychické potřeby	Socioekonomické potřeby	Fyzické potřeby
<ul style="list-style-type: none"> • Management tišení bolesti • Sledování účinku analgetické léčby • Sledování účinku léků skupiny DMARD, kortikoidů, popřípadě i nežádoucích účinků léčby • Péče o spánek a odpočinek • Péče o psychiku pacienta • Rehabilitace a aktivizace pacienta • Péče o komfort a uspokojení potřeb pacienta • Zajistit dohled a pomoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Potřeba být bez bolesti • Potřeba být dostatečně informován o diagnóze a zdravotním stavu • Potřeba psychické pohody • Potřeba nerušeného spánku • Potřeba motivace • Potřeba bezpečí a jistoty • Potřeba být opět soběstačný 	<ul style="list-style-type: none"> • Potřeba sociálního kontaktu • Potřeba ekonomického zajištění • Potřeba návratu do role (partner, rodič, žvítel rodiny) • Potřeba navrátit se do pracovního procesu • Informovat pacienta o organizacích, které informují, napomáhají a sdružují pacienty s revmatologickým onemocněním – Revmaliga 	<ul style="list-style-type: none"> • Potřeba tlumení bolesti • Potřeba pohybu • Potřeba soběstačnosti • Potřeba rehabilitace • Informovat pacienta o kompenzačních pomůckách • Edukovat o správném používání kompenzační pomůcky • Doporučit pacientovi fyzioterapeuta, kterého by mohl pravidelně navštěvovat