

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Eva Nováková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Eva Nováková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA V POVĚDOMÍ VEŘEJNOSTI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Igor Průša

PLZEŇ 2016

Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Zvláštní poděkování patří MUDr. Igoru Průšovi za odborné vedení mé práce a poskytování cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat svým nejbližším, kteří mi byli po celou dobu oporou.

Anotace

Příjmení a jméno: Nováková Eva

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Roztroušená skleróza v povědomí veřejnosti

Vedoucí práce: MUDr. Igor Průša

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: roztroušená skleróza - informovanost - veřejnost

Souhrn:

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na onemocnění roztroušená skleróza z pohledu veřejnosti. V teoretické části práce je stručně popsána anatomie nervové soustavy dále samotné onemocnění, jeho diagnostika a léčba. Závěrem je zmíněn vliv roztroušené sklerózy na jedince.

V praktické části jsem se věnovala kvantitativnímu výzkumu pomocí dotazníku. Hlavním cílem je zjistit informovanost veřejnosti o roztroušené skleróze.

Annotation

Surname and name: Nováková Eva

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Multiple sclerosis in the public consciousness

Consultant: MUDr. Igor Průša

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 30

Keywords: Multiple sclerosis - informed - public

Summary:

I focused on multiple sclerosis in public view in my bachelor's thesis.

In theoretical part of my thesis is described anatomy of nervous system, then there is described the disease, its diagnosis and treatment. In the end of this part is mentioned influence of multiple sclerosis to individual patient.

In practical part of this thesis I have made quantitative research by questionnaire. The main goal of my thesis is to find out , how is public informed about multiple sclerosis.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA	11
1.1 Anatomie nervové soustavy	11
1.1.1 Centrální nervový systém CNS	11
1.1.2 Periferní nervový systém (PNS).....	12
1.1.3 Vegetativní (autonomní) nervový systém (VNS).....	12
1.1.4 Neuron	13
1.2 Historie RS.....	14
1.3 Patogeneze	15
1.4 Typy RS	16
1.5 Epidemiologie	16
1.6 Etiologie.....	18
1.6.1 Kouření.....	18
1.6.2 Vitamín D	18
1.6.3 Infekční onemocnění a virus Epstein-Barr.....	19
1.6.4 Hormonální změny	19
1.7 Příznaky	19
1.7.1 Optická neuritida	19
1.7.2 Poruchy senzitivní	20
1.7.3 Poruchy motorické.....	20
1.7.4 Poruchy mozečku	20
1.7.5 Poruchy vyprazdňování a sexuální dysfunkce.....	21
1.7.6 Poruchy kmenových funkcí	21
1.7.7 Další příznaky u RS.....	21
2 DIAGNOSTICKÉ METODY RS.....	23
2.1 Anamnéza	23
2.2 Vyšetření očního pozadí	23
2.3 Nukleární magnetická resonance NMR.....	23
2.4 Vyšetření likvoru	23
2.5 Evokované potenciály	24
2.6 Počítačová tomografie CT	24
3 LÉČBA	25
3.1 Terapie při probíhající akutní atace	25
3.2 Terapie imunomodulační při probíhajícím remitentním stadiu	25

3.2.1	Léčba první linie	26
3.2.2	Léčba druhé linie	27
3.3	Léčba sekundární progresse	28
3.4	Léčba primární progresse	28
3.5	Symptomatická léčba	28
3.5.1	Poruchy hybnosti	28
3.5.2	Poruchy sfinkterové	29
3.5.3	Poruchy sexuality	29
3.5.4	Únava	29
3.5.5	Bolest	29
3.5.6	Deprese	29
3.6	Rehabilitační léčba	30
4	VLIV RS NA JEDINCE	31
4.1	Založení rodiny u žen s RS	31
4.2	Sociálně právní aspekty RS	31
4.3	Sdružení nemocných	32
	PRAKTICKÁ ČÁST	33
5	FORMULACE PROBLÉMU	33
5.1	Cíl výzkumu	33
5.2	Dílčí cíle	33
5.3	Předpoklady	34
6	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	36
7	METODA SBĚRU DAT	36
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	37
9	ANALÝZA ÚDAJŮ	38
10	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	60
11	DISKUZE	63
12	ZÁVĚR	67
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat roztroušené skleróze a znalostem veřejnosti o tomto závažném onemocnění. Vzhledem k jejímu pomalému, ale stálému vzestupu v populaci je důležité její včasné odhalení i přes to, že prvotní příznaky mohou být často zavádějící.

Roztroušená skleróze je onemocnění, které bylo objeveno poměrně nedávno. Toto onemocnění probíhá u každého jedince zcela odlišně, jedná se o nemoc s širokým spektrem symptomů, které tak z každého jedince, vytváří zcela individuální případ, který potřebuje stejně individuální zacházení.

Celkový průběh onemocnění je prakticky nepředvídatelný od drobných obtíží může přecházet až k trvalé invaliditě. K diagnostice roztroušené sklerózy je potřeba přistupovat obezřetně, neboť se jedná prozatím o nevléčitelné onemocnění a proto si musíme být v tomto směru jisti, nežli je diagnóza vyřknuta jako verdikt. K tomu nám pomáhá především vyšetření pacienta magnetickou rezonancí.

Roztroušená skleróza je onemocnění, které postihuje především jedince v aktivním věku a prozatím nebyla nalezena žádná účinná léčba, daří se alespoň zpomalení její progrese. Proto je nutné věnovat pozornost nemoci, která z aktivních lidí dělá lidi zcela závislé na pomoci druhých. RS je onemocněním velice komplikovaným a nese sebou řadu úskalí, kterým se musí přizpůsobit jak sám nemocný, tak lidé v jeho okolí.

Nutnou součástí je tedy komplexně a podrobně informovaná veřejnost jak laická tak odborná. Informovanost je nutná k tomu, aby nedocházelo k předávání mylných informací mezi zdravotníky a laiky a také samozřejmě mezi veřejností obecně. Dostatečnou informovaností můžeme předcházet mylným výkladům onemocnění, nevhodnému dodržování léčebného režimu a následně možným komplikacím, které se mohou v této souvislosti vyskytnout.

Úlohou této práce je nastínit onemocnění jakým je roztroušená skleróza a zmapovat vědomosti veřejnosti týkající se tohoto onemocnění. Ráda bych se tedy zmínila o problematice roztroušené sklerózy z pohledu veřejnosti o informacích, které veřejnost má, popřípadě z jakých zdrojů informace čerpá a jaké je mínění veřejnosti o informacích podaných od zdravotnických pracovníků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

1.1 Anatomie nervové soustavy

Pro lepší porozumění problémům vznikajícím při onemocnění roztroušenou sklerózou je zde uvedena základní anatomie nervového systému a jeho hlavní jednotky neuronu.

Nervový systém je hlavním řídicím centrem lidského organismu. Prostřednictvím specializovaných buněk je schopen převzít informace z vnějšího i vnitřního prostředí a dovést je do nadřazených specializovaných center CNS. Lze ho rozčlenit na dvě části, které se od sebe liší. [20]

1.1.1 Centrální nervový systém CNS

Je složen z mozku uloženého v dutině lební a hřbetní míchy probíhající páteřním kanálem.

Mozek

Mozek (lat. Cerebrum) je nejdůležitějším orgánem lidského těla. V dospělosti tvoří jeho hmotnost zhruba 1200 - 1700 g a průměrné rozměry činí 20 cm na délku a šířku, 15 cm na výšku. Je uložen v lebce, která zajišťuje ochranu spolu s mozkovými obaly a mozkomíšním mokem, který mozek nadlehčuje a chrání před otřesy. Tvarem připomíná vlašský ořech, jeho povrch je značně rozdělený díky mnoha rýhám a závitům. [6]

Lze dělit na několik hlavních úseků - *Zadní mozek* (rhombocephalon) je tvořen prodlouženou míchou (lat. Medulla oblongata), Varolovým mostem (lat. Pons Varolli) a mozečkem (lat. Cerebellum). *Střední mozek* (lat. Mesencephalon) spolu s Varolovým mostem a prodlouženou míchou utváří mozkový kmen, odkud vychází 12 párů hlavových nervů. Střední mozek je důležitým centrem pro hybnost a vedou zde důležité spoje pro řízení zraku. *Přední mozek* (lat. Prosencephalon) je složen z mezimozku (lat. Diencephalon) a koncového mozku (lat. Telencephalon). Mezimozek lze dále členit na Thalamus, Metathalamus, Epithalamus, Hypothalamus a Subthalamus. Koncový mozek je rozdělen na dvě hemisféry, které jsou spojené kalózním tělesem. Na povrchu koncového

mozku se nachází mozková kůra (lat. Cortex cerebri), která je značená 11 krajinami a 52 okresky. V mozku se nachází také čtyři mozkové komory, ve kterých se vytváří mozkomíšní mok, díky bohatému cévnímu zásobení. Mozek je krví zásoben z vnitřních krkavic a páteřními tepnami, které se spojují a utváří tak Willisův okruh. [20]

Hřbetní mícha

Hřbetní mícha (lat. Medulla spinalis) je součástí centrálního nervového systému. Je uložena v páteřním kanálu, který je tvořen těly obratlů. Ty vytváří její podporu a ochranu. Hřbetní mícha je dlouhá zhruba 40 - 50 cm, craniálním směrem přechází v prodlouženou míchu a směrem caudálním se mícha zužuje až k druhému bedernímu obratli (L2). Nevypĺňuje tedy celý páteřní kanál, protože v průběhu vývoje roste pomaleji. Dále pokračují pouze provazce míšních nervů tzv. koňský ohon (lat. Cauda equina). Mícha je tvořena šedou a bílou hmotou a vychází z ní 31 párů míšních nervů. [20]

1.1.2 Periferní nervový systém (PNS)

Je tvořen nervy vycházejícími z CNS a to 12 páry hlavových nervů vycházejících z mozku a 31 páry nervů míšních odstupujících z míchy a také vegetativními nervy - sympatikem a parasympatikem.

Hlavové nervy jsou tvořeny 12 páry . Jsou značeny římskými číslicemi I až XII. Všechny hlavové nervy inervují oblast hlavy a krku, jen X. hlavový nerv zasahuje i hrudní a břišní orgány.

Z každé části míchy, ze které odstupuje jeden pár míšních nervů, se nazývá míšní segment. Míšních segmentů je 31, stejně jako 31 párů nervů míšních. Lze je členit na 8 segmentů pro krční oblast, 12 segmentů pro hrudní oblast, 5 segmentů pro bederní oblast, 5 segmentů pro křížovou oblast a 1 až 3 segmenty pro oblast kostrče. [12]

1.1.3 Vegetativní (autonomní) nervový systém (VNS)

Některé části má umístěné v CNS, některé má společné s PNS. Jeho funkcí je především automatizace. Autonomní systém inervuje hladké svaly útrobních orgánů, cévní stěny a kůži,

svalovinu srdce a žlázy. Na rozdíl od míšních a hlavových nervů mají autonomní nervy ganglia, kde jsou vlákna přepojována na další neurony. Neurony vstupující do ganglia jsou pregangliové, neurony vystupující z ganglia nesou označení postgangliové. Celý systém je dělený do dvou skupin: sympatikus a parasympatikus. Oba systémy jsou do určité míry antagonisté, ale jsou navzájem koordinovány. [20]

Sympatikus

Hlavní činností je připravovat organismus „k akci“. Sympatikus zrychluje srdeční akci, dilatuje bronchy a věnčité tepny, zvyšuje tlak a tlumí motilitu trávicího traktu. Mediátorem sympatiku je noradrenalin. [20]

Parasympatikus

Činností je udržování organismu v rovnováze. Jeho vlákna odstupují z oblasti mozkového kmene především s X. hlavovým nervem. Parasympatikus podporuje trávení a negativně ovlivňuje srdeční činnost a tlak, zužuje průdušky a zvyšuje produkci žláz. Mediátorem parasympatiku je acetylcholin. [12]

1.1.4 Neuron

Neuron je základní stavební jednotkou nervové soustavy. Jedná se o specializovanou buňku, která vede a zpracovává vzruchy vzniklé na určitém podráždění pomocí reflexního oblouku. Reflexní oblouk je složen z receptoru a vlákna dostředivého, které vede vzruch do nadřazených center v CNS a vlákna odstředivého, které naopak posílá odpověď z nadřazeného centra CNS do efektoru, který je výkonným orgánem. [12]

Neurony se v nervové soustavě vyskytují v miliardách, jako jedny z mála buněk nejsou neurony schopny dělení a regenerace, s přibývajícím věkem odumírají. [6]

Neuron je složen z těla a výběžků - dendritů. Dendrity přinášejí do těla neuronu informace a ty jsou pomocí axonu předávány dál. Přenosu informací mezi neurony říkáme nervový vzruch. Rychlost a kvalita přenášeného vzruchu závisí na síle myelinové pochvy, ta obaluje axon po celé délce a je přerušována Ranvierovými zářezy. Díky těmto zářezům

se vzruchy přenáší rychleji. Myelin vyrábí Schwannovy buňky, které se nachází v myelinové pochvě. Neurony se na sebe vzájemně napojují. Tato napojení nazýváme synapse, jedná se o spojení mezi dendrity a axony. [12]

Neurony, jako takové, tvoří bohaté shluky a tím vytváří nervovou tkáň. Tu lze rozdělit na šedou hmotu z těl neuronů a hmotu bílou, kterou tvoří axony a dendrity. O ochranu a výživu neuronů se starají gliové buňky. Mají mnoho funkcí a je možné je rozčlenit na gliové buňky centrální a periferní gliové. Centrálními gliemi myslíme astrocyty, ependym, tanycyty, Müllerovy buňky a oligodendroglie, významné zvláště pro tvorbu myelinu. Periferní glie jsou především Schwannovy buňky. [11]

1.2 Historie RS

Jedny z prvních zmínek o onemocnění, které by mohli mít souvislosti s roztroušenou sklerózou, pochází z období okolo 13. a 14. století. Jeden z velmi věrohodných popisů nemoci poskytuje příběh Agustuse D'Este (1794 - 1848), který vše podrobně zaznamenával do svého deníku. [1]

Zhruba na začátku 19. století lze hovořit o RS, která byla podložena fakty. Poprvé byly zmíněny dva případy postižení míchy a mozkového kmene, v atlase vytvořeným Robertem Carswellem (1793 - 1857). [17]

Podobné případy popisoval i Jean Cruveilhier (1791 - 1784). V jeho díle se také poprvé objevuje termín grise masses disseminées (roztroušená šedá hmota). Friedrich Teodor von Frerichs a jeho žák G. T. Valentiner sledovali nemoc u pacientů v průběhu jejich života. Valentiner popsal jako první střídání relapsů a remisí v průběhu onemocnění a upozornil na kognitivní změny u nemocných. [1]

Jeden z největších objevitelů RS je Jean-Martin Charcot (1825 - 1893), který zformuloval onemocnění a také označil typickou trias nemoci (nystagmus, ataxie, dysartrie). [6]

U dětí byla roztroušená skleróza objevena již koncem 19. století. V 70. letech 20. století přichází Wallace Tourtellot s konceptem, který označuje RS jako zánětlivé autoimunitní onemocnění. Velký pokrok v diagnostice nastal s objevem magnetické resonance a její využití jako diagnostické metody RS již v roce 1981 . Do dnes je magnetická resonance nenahraditelnou rutinou pro vhodnou a správnou diagnostiku RS a to i jejich velmi malých ložisek. V 19. století a první polovině 20. století nebylo možné

dostatečně léčebně ovlivnit RS a lékaři se k tomuto problému stavěli velmi skepticky. To se změnilo až v druhé polovině 20. století, kdy se zvětšila snaha léčby, jak akutních fází, tak symptomů, díky novým rychle se rozvíjejícím medicínským metodám a farmaceutickým prostředkům. Bohužel ani dnes neumíme vyléčit roztroušenou sklerózu jako onemocnění takové, ale díky moderním postupům a novým možnostem léčby lze potlačit příznaky doprovázející toto onemocnění, a tím zlepšit kvalitu života nemocných do budoucna. [1]

1.3 Patogeneze

Příčina roztroušené sklerózy není známa, i přesto je definována jako autoimunitní onemocnění, které postihuje nervový systém. Jsou známy možné spouštěče a mechanismy, vedoucí k rozvinutí nemoci. Ty jsou podloženy jak praxí, tak zkoumáním zvířecího modelu experimentální alergické encefalomyelitis (EAE). Zatímco u EAE známe vyvolávající antigen u RS nám antigen znám není. [9],[4]

Při RS dochází k aktivaci imunitního systému na dosud nezjištěném podkladě, přesněji T- lymfocytů, které vyvolají reakci a díky této reakci dochází k destrukci buněk ve vlastním organismu vlivem zánětlivého procesu. [10]

T- lymfocyt je buňka zajišťující specifickou buněčnou imunitu. Při svém vývoji prochází thymem (brzlíkem), kde dozrává a kde se T-lymfocyty dostanou do kontaktu s většinou antigenů vyskytujících se v našem těle. V thymu jsou také T-buňky rozříděny v závislosti na reakci při kontaktu s antigenem(v tomto případě je antigenem myelinu), buňky které se začnou chovat velmi agresivně k našim vlastním tkáním, jsou zde zničeny. Buňky s méně agresivním chováním jsou přivedeny ke spánkovému stavu, aby nedocházelo k jejich množení. Vlivem určitých okolností se tyto spící buňky aktivují a tím se může spustit proces onemocnění. U zdravého jedince by nemělo vůbec dojít k této aktivaci. Když se tento proces spustí, dojde k napadení CNS. [7]

T-buňky začnou napadat myelinové pochvy, dochází k demyelinizaci a tím se obnažují nervová vlákna. Na takto poškozeném místě se utvoří sklerotický plak. Vlákna, která jsou postižená tímto procesem, nejsou schopna vést vzruchy v potřebné míře, nebo toho nejsou schopná vůbec, dokonce se mohou úplně rozpadnout. Vážnost postižení

se liší případ od případu. U některých nemocných převažuje masivní rozpad nervových vláken, u ostatních převládá zánět kde je poškozována myelinová pochva, ale je zde zachované určité malé množství schopnosti regenerace. Schopnost této regenerace závisí především na nepoškozeném oligodendrocytu, který vytváří myelin. Z této remyelinizace však už nevzniká tak kvalitní myelinová pochva a s každým dalším relapsem onemocnění klesá tato schopnost regenerace, v pokročilé fázi onemocnění úplně zaniká. [6]

1.4 Typy RS

Typ relaps-remitentní

Relaps - remitentní stádium se vyskytuje u většiny pacientů v počátcích onemocnění. Jedná se o střídání symptomatických atak a období remisí. Zánětlivý proces v CNS však stále pokračuje a tím dochází k závažnému poškození.

Typ primárně - progresivní

Primárně - progresivním typem je zahrnuta menší skupina pacientů, u kterých postupně narůstá invalidita bez projevení atak. Je zde přítomná silná neurodegenerace.

Typ sekundárně - progresivní

Jedná se většinou o prohloubení stavu relaps - remitentního stádia. Postupně ubývá atak a prohlubuje se postižení pacienta, především jeho invalidita.

Typ relaps - progredující

Je zastoupen ze všech typů nejméně. Od počátku onemocnění se vyskytují relapsy a prohlubování invalidity v mezidobí relapsů. [14]

1.5 Epidemiologie

Roztroušená skleróza je nejvíce diagnostikována mezi 20. - 40. rokem života. Není však zvláštností její diagnostika již v dětském věku nebo po 50. roku života. Jde o onemocnění, které může vést až k trvalé invaliditě a naprosté závislosti na péči druhé osoby. Míra postižení a následné invalidity způsobené RS je zcela individuální a nelze ji přesně stanovit. [9]

Je známo, že RS má častější prevalenci u žen nežli u mužů a to v poměru 3:1. Předpokládá se, že za to mohou hormonální výkyvy, kterými ženy prochází v období puberty, v těhotenství a v období menopauzy. Velkou roli hraje také klima, v němž jedinec žije a jeho rasa. Náchylnost k RS se nejvíce vyskytuje u europoidní rasy, dále pak u negroidní rasy, kde je riziko vzniku téměř 2 x nižší než u europoidní a v případě mongoloidní rasy v porovnání s rasou europoidní, je onemocnění RS minimální. Prevalence RS je závislá i na zeměpisné šířce. Čím více je oblast vzdálena rovníku, tím vyšší je i riziko a vznik RS. Nejrizikovější jsou oblasti mírného pásu severní polokoule. Nejedná se však o plošné riziko, v některých oblastech mírného pásu se RS vyskytuje velmi vzácně, zato v jiných je RS silně zastoupena, jedná se především o severské státy, v kterých žije převážně europoidní rasa. V Evropě se to týká především České republiky, Polska, Švýcarska, Nizozemska, Belgie, Německa, Francie, Skandinávie a Britských ostrovů. Dále pak v Americe, především některých částí USA a jihozápadu Kanady. I přesto, že se výskyt RS týká určitých oblastí, nepotvrdila se teorie dědičného přenosu dle Mendelových zákonů. Zřejmě se jedná o recesivně převzaté geny s vyšším procentem citlivosti, jedná se zhruba o 19 genů. Všeobecně platí, že je vyšší riziko onemocnění RS v rodině, kde se již diagnostikovala u některého z příbuzných. Riziko onemocnění stoupá v případě sourozenců (především sester) tím více, pokud se jedná o jednovaječná dvojčata. [21]

Rizika jsou následující :

- není-li v rodině nikdo s RS - 1 : 1000
- má-li matka RS a dítě je dcera - 1 : 50
- má-li otec RS a dítě je chlapec - 1 : 100
- má-li pokrevní příbuzný RS - 1 : 20 až 1 : 50
- má-li dvojvaječné dvojče RS - jako u ostatních sourozenců
- má-li jednovaječné dvojče RS - 1 : 3

(Preiss Marek, Příkrylová-Kučerová Hana, 2006, s. 305)

V České republice je prevalence onemocnění (zjišťována v letech 2008 - 2009) 160 pacientů s RS na 100 000 obyvatel. Incidence za roky 2000 až 2007 tvořila 12 nově diagnostikovaných osob s RS na 100 000 obyvatel / rok. Při výzkumech

bylo zjištěno, že je zasažena oblast Sokolovska a Děčína s nejvyšším výskytem v severočeské pánvi. [1]

1.6 Etiologie

Přesná etiologie nemoci není známa. Ale známe možné mechanismy, které by mohly zahájit počáteční proces RS. Tyto mechanismy a vlivy lze označit za rizikové faktory, které je možné dělit na zevní a vnitřní. Mezi hlavní rizikové faktory se řadí kouření, nedostatek vitamínu D a B, abnormální reakce na virus Epstein-Barr, vliv prostředí. Dále k nim patří pohlaví, faktory dědičnosti a infekční příčiny. Dále jsou konkrétněji rozvedeny některé z rizikových faktorů. [7]

1.6.1 Kouření

Kouření jako takové má negativní vliv na lidský organismus, který je jím oslaben a je citlivější k infekcím, což vede k nadměrné aktivaci imunitního systému. Riziko se zvyšuje jak u aktivního, tak i u pasivního kouření. Vystavení nekuřáka pasivnímu kouření zvyšuje riziko výskytu RS, riziko je tím vyšší, čím déle je nekuřák vystaven pasivnímu kouření. Studie prokázaly, že rodiče, kteří jsou kuřáci, mají větší pravděpodobnost rizika RS u svých potomků. Nejen že je kouření rizikovým faktorem pro vznik RS, ale může také velmi negativně ovlivňovat průběh onemocnění, které již bylo diagnostikováno. Vede k rychlejšímu přechodu do těžších stádií nemoci a horší prognóze onemocnění. [22],[7]

1.6.2 Vitamín D

Vitamín D je důležitým faktorem ovlivňujícím imunitní systém. Hladina vit. D u jedinců klesá od rovníkové oblasti směrem k pólům, s klesající hladinou vit. D však stoupá výskyt RS. Nejvíce výskytu je právě zaznamenáno v určitých místech severovýchodních oblastí. Přesný vliv vitamínu D na imunitní systém není zcela objasněn, jde však o důležitý faktor podílející se na správném chodu imunitního systému. Organismus získává vitamín dvěma způsoby. Je tvořen kůží díky ultrafialovému záření a dále je přijímán do organismu potravou. Tímto způsobem je nutné vzít úvahu rozdílnost stravy v daných oblastech. Stravou bohatou na vit. D jsou především ryby a jejich vnitřnosti. Nedostatkem vitamínu D je organismus negativně ovlivněn a může to přispívat i ke vzniku některých maligních onemocnění. [1]

1.6.3 Infekční onemocnění a virus Epstein-Barr

Do rizikové skupiny infekčních nákaz, které mohou mít vliv a podílet se na vzniku RS, řadíme především retroviry a herpetické viry (kromě EBV také herpesvirus 6 a cytomegalovirus). Prokazatelně nejvíce má souvislost vznik RS s infekcí EB viru. V dospělosti je EB virem infikováno zhruba 90% populace, u starších jedinců má infekce nejčastěji obraz infekční mononukleózy. Výzkumy ukazují, že jedinci, kteří byli infikováni a vyskytuje se u nich především vyšší hladina antigenu EBNA, mají až dvakrát větší pravděpodobnost vzniku onemocnění RS. Je nutné dodat, že ke vzniku RS nevede pouze infekce EBV samotná, jedná se o rizikový faktor, který vede ke vzniku RS nejčastěji s kombinací dalších rizikových faktorů. [1]

1.6.4 Hormonální změny

Hormonální rozdíly mezi pohlavími přispívají k odlišné progresi RS. Muži onemocní RS až dvakrát méně často nežli ženy. Odlišný bývá i průběh onemocnění. U mužů se nemoc objevuje až v pozdějším věku má rychlý průběh a její následky jsou rozsáhlé. Ženy mají dvakrát vyšší pravděpodobnost onemocnění, pokud se u nich onemocnění rozvine, je ovlivňováno i hormonální aktivitou, především hormonálními výkyvy, které žena má v průběhu života. Jedna z největších hormonálních změn vyvstává v době těhotenství. Ve třetím trimestru je nejvyšší aktivita progesteronu a estrogenu. Jejich pozitivním vlivem je utlumena aktivita RS. Po porodu se však hladiny těchto hormonů vracejí k normálu a dochází ke zvýšení aktivity onemocnění. [1]

1.7 Příznaky

Příznaky RS v sobě nesou řadu poruch v souvislosti s konkrétně postiženým místem. S progradujícím onemocněním dochází k postižení celé centrální nervové soustavy. V podstatě lze dělit příznaky dle postižení na polysymptomatickou ataku, která postihuje více nervových drah najednou a ataku monosymptomatickou při postižení pouze jedné z nervových drah. [7]

1.7.1 Optická neuritida

Proces RS může nějakou dobu probíhat asymptomaticky. Mezi jedny z prvních registrovatelných příznaků patří postižení očního nervu - optická neuritida. Jde o postižení zrakového nervu zánětem, u RS je nejčastěji postižení jednostranné a může být opakované. Dochází ke zhoršenému vidění, může dojít až k dočasné slepotě, mění se barevné vidění,

mohou nastat výpadky zorného pole a bolestivost při pohybu oka. Následky optické neuritidy mohu být nezvratné. [7], [18]

1.7.2 Poruchy senzitivní

Senzitivními poruchami jsou myšleny poruchy citlivosti ve smyslu parestézií, hypestézií a hyperestézií postihující různé části těla. Vyskytují se často a především v začátcích onemocnění. U pacientů trpících RS se vyskytují změny vnímání tepla, mravenčení, pocitu bodání či pálení. [17]

1.7.3 Poruchy motorické

Výskyt motorických obtíží je pokládán za prognosticky horší, nežli je výskyt obtíží senzitivních. Nejčastěji dochází k destrukci pyramidové dráhy, a tím ke vzniku motorických poruch. Toto postižení vede ke zvýšení svalového tonu a šlachookosticových reflexů, centrálním spastickým parézám, atd. I po odeznění akutní fáze může přetrvávat zvýšená svalová únava a vyšší svalové napětí, které může následně vést ke křečím. Při výskytu motorický poruch se také mohou objevovat klonické, pseudoklonické záškuby a bolest. [7]

Jako jeden z nejčastějších projevů pozdního stádia RS je spastická paréza dolních končetin, která omezuje jedince v chůzi. Spastická paréza je porucha chůze, kdy si nemocný není v chůzi jistý, ujde pouze malou vzdálenost nebo nedokáže jít vůbec. Postiženy mohou být však i horní končetiny a může také docházet k hemiparézám s obrazem podobným cévní mozkové příhody. [1]

V terminálních stádiích nemoci dochází k úplné ztrátě hybnosti (imobilitě). Imobilita s sebou přináší další komplikace jako je vznik možných dekubitů, kontraktur a dalších problémů spojených s dlouhodobým upoutáním na lůžko. [17]

1.7.4 Poruchy mozečku

Poruchy mozečku se projevují jako ztráty koordinace a rovnováhy. Pacienti s těmito problémy nejsou schopni splnit jimi chtěný úkol, kvůli nedostatečné koordinaci pohybů (ataxií). Dochází také k mozečkovému třesu, který je tím vyšší, čím více se nemocný snaží soustředit na konkrétní věc či činnost. Vzniklé problémy nesouvisí jen s pohybovou soustavou, ale také ovlivňují řeč a polykací akt. [19]

1.7.5 Poruchy vyprazdňování a sexuální dysfunkce

Při onemocnění RS nedochází pouze k postižení pohybového aparátu. Patologické procesy, které se vyskytují v nervové soustavě mají za následek postižení vyprazdňování a sexuální dysfunkci. Tyto problémy ve většině případů souvisí i s postižením dolních končetin. Vzhledem k různorodému postižení nervů se projevují různě i mikční problémy. Mezi ty nejčastější patří urgence, retence moči a dále pak inkontinence moči. Tyto problémy vedou k častému vzniku infekcí . V případě defekace je nejčastějším problémem zácpa spojená s horší motilitou střev. V pozdějších stádiích nemoci může dojít i k inkontinenci stolice. Všechny tyto problémy se hluboce odráží v životě nemocného a narušují kvalitu jeho života. Sexuální poruchy se projevují především u mužů nejčastěji jako erektilní dysfunkce, u žen jde nejčastěji o sníženou citlivost sliznice a také o spasticitu dolních končetin. Je důležité zmínit, že za problémy spojené se sexualitou mohou stát i některé léky běžné pro léčbu RS. [7]

1.7.6 Poruchy kmenových funkcí

Jedná se o kmenové syndromy. V mozkovém kmeni se sbíhají důležité dráhy, při jejich postižení může dojít k prohloubení příznaků. V případě postižení mozkového kmene může dojít i k narušení vitálních funkcí . Kromě běžných příznaků se v mozkovém kmeni nachází také jádra mozkových nervů. Při postižení některých z nich může docházet k vážným problémům. Nejčastěji bývá postižen nerv okohybný. Jeho postižením se může objevovat nystagmus a zdvojené vidění. Dále se může objevovat obrna lícního nervu a neuralgie nervu trojklanného. To vede v pozdějších stádiích nemoci k obtížím s polykáním a tvorbou řeči. V neposlední řadě může dojít i k postižení bloudivého nervu, a to má za následky různé poruchy autonomního systému. [7]

1.7.7 Další příznaky u RS

Deprese se vyskytuje u nadpoloviční většiny všech pacientů vzhledem k obavám z budoucnosti. Její včasné rozpoznání je důležité zejména proto, protože pacienti s RS mají vyšší suicidální tendence. [14]

Dále se u pacientů s RS může objevovat zvýšená únava, která může mít původ v několika různých oblastech, nejčastěji však v zánětlivém procesu v centrálním nervovém procesu. Mohou se vyskytovat i různé problémy v kognitivní oblasti, jsou časté, přesto delší dobu unikají pozornosti . Zcela vzácně se pak vyskytují příznaky jako je epilepsie a

afázie. Vzhledem k různorodosti příznaků musí být přistupováno k nemocnému vždy zcela individuálně. [7]

2 DIAGNOSTICKÉ METODY RS

„Diagnostika RS prošla posledních 100 let zásadním vývojem. Od pouhé definice klinických příznaků přes zavedení elektrofyziologických a biochemických metod až k triumfálnímu potvrzení diagnózy zobrazovací metodou nukleární magnetické rezonance.“

(Havrdová Eva, 2015, s. 41)

2.1 Anamnéza

Anamnéza a klinický obraz nemoci jsou prvním vodítkem ke stanovení diagnózy. Příznaky RS jsou však tak různorodé. Zpočátku nemoci jsou příznaky zavádějící, mohou se objevovat a opět vymizet. To je problematické pro přesnou diagnostiku a je důležité věnovat tomu pozornost. Proto je nutné doplnit diagnostiku dalšími průkaznějšími metodami. [17]

2.2 Vyšetření očního pozadí

Při RS dochází ke změnám na očním pozadí. Je to způsobeno poničením myelinové pochvy zrakového nervu. Tím dochází k vyblednutí až atrofii nervu. Mohou se vyskytovat poruchy vidění, výpadky zorného pole až ztráta zraku. Vyšetření se provádí přístrojem, kde paprsek dopadá na oční pozadí do místa kde vstupuje do oční koule zrakový nerv. V témž místě můžeme pozorovat poškození, které je způsobeno RS. [17]

2.3 Nukleární magnetická resonance NMR

Magnetická resonance je standardně používána pro diagnostiku RS a k sledování dalšího vývoje choroby. Díky neustálému vývoji v diagnostice je dnes možné odhalit i ty nejmenší ložiska zánětlivé tkáně v CNS. Je tak prokázáno, že ložiska RS se vytváří i v období pacientovy remise a patologický proces tak nikdy nepřestává, je pouze zpomalen. Při vyšetření je pacient položený na speciální stůl, který ho zaveze do kruhového tunelu, kde je pacient vystaven silnému magnetickému poli. Výhodou je, že pacient není zatěžován rentgenovým zářením, ale vyšetření je kontraindikováno lidem s kardiostimulátorem a sluchovým implantátem. Při tomto vyšetření je možné použít i kontrastní látku gadolinium, která nám pomáhá rozlišit stará a nově vzniklá ložiska RS. [3]

2.4 Vyšetření likvoru

Vyšetření likvoru (mozkomíšního moku) se provádí punkcí páteřního kanálu. Před samotným vyšetřením je nutné zjistit, zda pacient nemá otok mozku, nádor či krvácení,

které by mohlo vést k pozdějším komplikacím. Odebírá se z pravidla 10 ml moku, v němž zjišťujeme přítomnost T lymfocytů. Díky metodě izoelektrické fokusace se v likvoru hodnotí tvorba oligoklonálních páسů. Pokud se tyto páсы objeví v moku v určitém vzorci, je zde až 98% pravděpodobnost výskytu RS. [7]

2.5 Evokované potenciály

Evokované potenciály nás informují o patologickém procesu, který probíhá v nervové dráze a dokáží rozpoznat, ve které konkrétní části nervové dráhy se daný proces vyskytuje. Nejčastěji jde o zrakové a sluchové potenciály, u kterých se hodnotí rychlost přenosu vzruchu na nervové dráze při podráždění určitým podnětem. Slouží jako pomocné vyšetření, nelze jimi přesně stanovit diagnózu RS, je proto vždy nutné přihlížet i k dalším příznakům a obtížím pacienta. [19]

2.6 Počítačová tomografie CT

Počítačová tomografie dokáže rozlišit větší útvary v CNS. Není tak citlivá vůči menším a malým ložiskům. Princip spočívá v otáčení rentgenových paprsků podél osy těla. Obraz je převeden do počítače a tvoří řezy tkání. Nevýhodou tohoto vyšetření je odhalení pouze větších ložisek a radiační zatížení pacienta. [6]

3 LÉČBA

Komplexní terapie RS je složená z několika na sobě provázaných částí. Jedná se jak o léčbu akutních atak, imunomodulační léčbu, tak i o symptomatickou terapii a rehabilitaci.

„Akutní relaps je definován jako nové nebo znovu objevující se příznaky trvající alespoň 24 hodin, a to v nepřítomnosti horečky nebo infekce.“

(Havrdová Eva, 2015, s. 53)

3.1 Terapie při probíhající akutní atace

Je nutné zahájit včasnou léčbu, z důvodu probíhajícího zánětu. Jako hlavní lékovou skupinou jsou využívány především kortikoidy Methylprednisolon. Methylprednisolon je chemicky upravený hormon kůry nadledvinek tak, aby se při jeho užití vyskytovaly pouze minimální vedlejší účinky. Dávky mohou být podávány jak intravenózně (do žíly), tak i perorálně (přes trávicí trakt). I samotné podání kortikoidů má však svá úskalí. Je nutné u pacienta vyloučit průběh akutní infekce, sklon k trombo-embolické nemoci a výskyt vředové choroby. Při léčbě je dobré doplňovat draslík, který je zvýšeně vylučován a vápník vzhledem k tomu, že při dlouhodobém užívání mohou kortikosteroidy způsobovat osteoporózu. Po zaléčení není vhodné kortikoidy vysadit nárazově, je dobré jejich dávky postupně snižovat až do úplného vysazení. V případě, že tato léčba není dostatečná a jedinec na ni reaguje méně je možné do terapie začlenit i sérii plazmaferéz. Plazmaferéza se jako terapeutická metoda užívá i u jiných autoimunitních onemocnění, jejím principem je přefiltrování protilátek z krevního oběhu. U RS probíhá v zhruba 5-7 cyklech, před samotnou plazmaferézou je nutné provést vyšetření krve a moči. Mezi kontraindikace plazmaferézy patří poruchy srážlivosti, srdeční nedostatečnost a jaterní selhání. [7]

3.2 Terapie imunomodulační při probíhajícím remitentním stadiu

V ČR je možné zahájení léčby již po odeznění první ataky. Díky včasnému nasazení jde oddálit nové propuknutí ataky a celkově stabilizovat průběh onemocnění. Tyto možnosti se bohužel nenaskytují ve všech státech kvůli pravidlům úhrady, proto někteří pacienti nemohou z této léčby profitovat i přes to, že by jejich problémy mohly být mírněny. Imunomodulační léčbu je možné rozdělit na léčbu první linie, která je bezpečná,

v některých případech však nemusí být zcela účinná. Léčebné prostředky druhé linie jsou podávány v případech, kdy je léčba první linií neúčinná, též u pacientů se špatným prognostickým nálezem. [7]

3.2.1 Léčba první linie

Interferon - beta

Jeden z hlavních léků první linie je považován Interferon - beta (INF β). Pro pacienty je u nás k dispozici od roku 1996. Jeho hlavním účelem je snižovat zánětlivý proces a množení buněk, které tento proces způsobují. Mezi jeho další funkce patří také posílení hematoencefalické bariéry, tím se do CNS dostává méně zánětlivých buněk. Vliv interferonu - beta není jen imunomodulační, ale i antivirový, v případě léčby RS se však využívá především imunosuprese. [1]

Interferon - beta 1a známý pod názvem Avonex. Účinnou látkou tohoto přípravku je rekombinantní lidský interferon beta 1a. Avonex je indikován u relapsujících forem RS a dále jako prostředek ke zpomalování průběhu dlouhodobých onemocnění.

Interferon - beta 1a s názvem Rebif je obdobný preparát jako Avonex. Na trhu se objevil v roce 2002. Jeho schopností je též jako u Avonexu potlačení relapsující RS a zpomalení průběhu chronických chorob.

Interferon - beta 1b je betaferon, jde o mutein interferonu lidského, u kterého je provedena záměna jedné z aminokyselin. Indikace toho prostředku je obdobná jako u ostatních interferonů beta. [13]

Glatiramer acetát

Glatiramer acetát je na rozdíl od interferonu vytvořen jako umělý antigen, který je složen ze 4 aminokyselin. Jeho účelem však není vytvářet zánět, ale naopak ho potlačovat a přeměňovat imunitní buňky na buňky protizánětlivé. Ty tlumí probíhající zánět v CNS a dokonce vytváří látky, které chrání nervové vlákno. Nežádoucím účinkem po podání Glatimer acetátu je atrofie podkoží, ojediněle se může vyskytnout náhlá poinjekční reakce, pokud se látka dostane přímo do cévy.

Teriflunomid

Teriflunomid má obdobné účinky jako výše zmiňované léky. Rozdíl mezi nimi je ten, že Teriflunomid je podáván v tabletách a není tedy aplikován injekčně. Nevýhodou jeho používání je jeho silný teratogenní účinek a riziko zvýšeného podání vlasů. Pokud se tedy rozhodne žena plánovat těhotenství, musí být laboratorními testy potvrzeno, že Teriflunomid je z organismu vyloučen.

Dimethyl fumarát

Dimethyl fumarát je používán jako lék první linie především v zahraničí, v ČR se používá, pokud běžné léky první linie neúčinkují dostatečně. [7]

3.2.2 Léčba druhé linie

Natalizumab (Tysabri)

Je humanizovaná monoklonální protilátka, která se vyskytuje na aktivních lymfocytech. Tím se do CNS dostává méně lymfocytů. Při léčbě RS se především předchází relapsům onemocnění a poruchám zraku, působí tedy jak preventivně, tak i snižuje již probíhající relapsy. Rizikem léčby natalizumabem je vážná oportunní infekce (progresivní multifaktoriální leukoencefalopatie) s prevalencí 1 : 1 000. [13]

Fingolimod

Způsob podání Fingolimodu je perorální. Jeho hlavním účinkem je zadržení lymfocytů v mízních uzlinách, tím se sníží jejich počet v krvi a jejich přestup do CNS. Kromě toho, že Fingolimod působí protizánětlivě, zpomaluje nervovou atrofii a má neuroprotektivní účinek. [7]

Alemtuzumab

Alemtuzumab je látka, která systematicky napadá imunitní buňky se znakem CD52. Dochází k jejich rozpadu a znovuoobnovení tvorby z původních buněk kmenových z kostní dřeně. Nově vyvinuté buňky imunitního systému mohou významně omezovat aktivitu onemocnění. Nežádoucím účinkem může být rychlý pokles lymfocytů i krevních destiček.

[7]

3.3 Léčba sekundární progresse

Vzhledem k tomu, že v tomto stádiu nemoci je přítomná silná neurodegenerace a zánět se vyskytuje pouze na okraji postižených ložisek, je terapeutický zásah poměrně problematický. Pokud se prohlubuje míra invalidity, je zřejmé, že léky na remitentní stádium nemají dostatečný či žádný účinek. Je vhodné tyto léky vysadit, neboť mohou nepříznivé účinky převažovat nad pozitivními. Pokud lékař uzná za přínosné, je možné nasadit Cyklofosfamid nebo Mitoxantron. Jedná se o léky ze skupiny cytostatik a proto je důležité sledovat jejich možné vedlejší účinky. Dále je možné podávání slabých dávek kortikosteroidů. Azathioprin a Methotrexát jsou látky jejichž přímý účinek v tomto stádiu onemocnění nebyl prokázán. [7],[15]

3.4 Léčba primární progresse

Vliv protizánětlivých léků při tomto stádiu onemocnění je poměrně nízký, přesto se vyplatí alespoň vyzkoušet. Je to zapříčiněno tím, že se u pacientu vyskytuje ve větší míře neurodegenerace CNS a v menší míře zánětlivý proces. V tom to případě je důležitá správně zvolená symptomatická léčba a rehabilitace. [15]

3.5 Symptomatická léčba

Důležité při terapii RS je i léčba symptomů onemocnění. Symptomy provázejí všechny stádia onemocnění, při jejich terapii je však důležité vzít v úvahu možné nežádoucí účinky a interakce léků mezi sebou, neboť některé interakce mohou být pro pacienta zátěžovými a zhoršovat jeho zdravotní stav. [7]

3.5.1 Poruchy hybnosti

Problémem je především spasticita, která je léčena pomocí některých druhů antiepileptik a centrálních myorelaxancií jako jsou baclofen a tizanidin. Těžká spasticita může být ovlivněna i místně, a to aplikací botulotoxinu do postiženého svalu. Také je možné aplikovat látky přímo do páteřního kanálu pomocí baclofenové pumpy. Z podkožního rezervoáru na břicho vede katétr do páteřního kanálu a tímto způsobem je baclofen dopraven na místo. Jako další možnost léčby spasticity se jeví kanabinoidy. Jejich užívání je však nutné mít pod kontrolou a nemělo by být v počátcích nemoci, neboť vysoké dávky zhoršují kognitivní funkce. [7]

3.5.2 Poruchy sfinkterové

Léčba těchto poruch se odvíjí od vzniklých obtíží. V případě vysokého postmikčního rezidua se jedná o katetrizaci močového měchýře. Pokud pacient trpí inkontinencí, je možné posilování svalů pánevního dna v rámci cvičení a poskytnutí vhodných inkontinenčních pomůcek. V případě vzniku komplikací, jako jsou uroinfekce, se pacientovi nasadí antibiotika. [23]

Pokud se u pacienta vyskytne zácpa, je vhodné nejprve vyzkoušet nácvik pravidelného vyprazdňování, upravit stravu a cvičením podpořit peristaltiku střev. Pokud to není dostatečně účinné, nasadit laxativa. Dlouhodobé užívání laxativ je návykové, a proto se nedoporučuje. [7]

3.5.3 Poruchy sexuality

U sexuálních poruch je nejdůležitější vyloučení vlivu jiných léků jako jsou antidepressiva a anxiolitika. V současnosti je na trhu mnoho přípravků, které pomáhají s těmito problémy místním působením. Jedním z nich je Viagra a nebo Levitra, vše je však vhodné používat po konzultaci s odborníkem. [24]

3.5.4 Únava

V případě tohoto symptomu je důležité vyloučení jiného onemocnění. Jako nejefektivnější terapie se jeví pravidelné cvičení a fyzioterapie. [14]

3.5.5 Bolest

Bolest související s RS může být různého druhu. Je proto nutné odhalit její původ a následně tak nastavit odpovídající terapii. Nejčastěji se jedná o bolest neuralgickou, neuropatickou nebo vertebrogenní. [14]

3.5.6 Deprese

Přes 50% lidí s RS trpí depresí, je proto nutné její včasné odhalení a zahájení terapie. Velkou skupinou léků, které jsou indikovány, jsou antidepressiva. Je však vhodná i úprava životního stylu a intenzivní psychoterapie. [25]

3.6 Rehabilitační léčba

„Rehabilitace využívá multidisciplinárních strategií ke zvýšení funkční nezávislosti, prevenci komplikací a zlepšení kvality života nemocných. Jde o aktivní proces, který pomáhá lidem k zotavení, k zachování optimální fyzické, smyslové, intelektové, psychické a sociální úrovně funkcí a k dosažení co nejvyšší úrovně nezávislosti navzdory omezení, které onemocnění způsobuje.“

(Řasová Kamila, 2007 s. 3)

Rehabilitační terapie se využívá k posílení ochablého svalstva, protažení zkrácených svalů a celkovému zlepšení jak fyzického, tak i psychického stavu pacienta. Je nutné volit ji zcela individuálně se zaměřením na konkrétní problémy jedince. Nesmí u ní docházet k přetěžování pacienta a musí být brán ohled na možnost zvýšené únavy. Rehabilitační terapie je kontraindikována při prvních dnech akutních atak onemocnění. Správnou rehabilitací se snažíme předcházet spasticitě a mnoha dalším komplikacím u tohoto onemocnění. Do rehabilitační léčby můžeme zahrnout i dechovou gymnastiku, která zlepší celkové prokrvení těla. Po správném nácviku je možné, aby pacient prováděl cvičení i doma, vždy je však nutné přihlídnout k jeho aktuálnímu stavu. [17]

4 VLIV RS NA JEDINCE

Nemoc jako je roztroušená skleróza ovlivňuje nemocného v běžném rutinním životě a narušuje, tak fungování jedince v mnoha ohledech. Nemocný musí vynaložit mnohem více času a úsilí při zvládnání denních aktivit, což ho značně omezuje. Tato kapitola je věnována některým zásadním okolnostem, které člověka s RS mohou potkat.[5]

4.1 Založení rodiny u žen s RS

Dříve se těhotenství ženám trpícím diagnózou RS nedoporučovalo, dnes však díky novým studiím zjišťujeme, že pro ženy není těhotenství nijak neprospěšné. Vlivem gravidity se choroba u většiny žen stabilizuje a ženy lépe prospívají. Příčina je zřejmě ve změně imunitních pochodů v době těhotenství, jde o imunotoleranci těla vůči plodu.

I přesto, že těhotenství ženu nijak neohrožuje a vznik komplikací je minimální, je důležité, aby bylo plánované, protože jisté riziko hrozí ženám v šestinedělí a v prvním půlroce po porodu, kdy žena prochází náročným obdobím jak po fyzické, tak i psychické stránce. Hormonální antikoncepce není nijak kontraindikována a její volba záleží na gynekologovi. [8],[26]

4.2 Sociálně právní aspekty RS

Sociálně právní hledisko je upraveno pomocí zákona. RS je klasifikována jako chronické onemocnění, při němž mohou být nemocnému přiděleny výhody I. až III. stupně, částečný nebo plný invalidní důchod či dávky na bezmocnost. Žádost musí nemocný podat na referát sociálních věcí okresního úřadu a dále je žádost předána na Okresní správu sociálního zabezpečení, kde dochází k jejímu přezkoumání posudkovým lékařem. Ten na základě stavu pacienta žádost schválí nebo nikoliv. V případě, že žádost schválena není, může pacient podat odvolání, které projedná posudková komise.

Přiznání mimořádných výhod I. až III. stupně upravuje vyhláška č. 182/1991 Sb. Jedná se o přidělení výhod jednorázových a opakujících se peněžitých dávek. Vyhláška 284/1995 Sb. upravuje bodový systém, na jehož základě je pacientovi přidělen částečný nebo plný invalidní důchod. Dávky v případě bezmocnosti upravuje vyhláška č. 284/1995 Sb. a bezmocnost je úřadům hlášena obvodním lékařem. Roztroušená skleróza mozkomíšní má své posudkové hledisko ve vyhlášce č. 157/1997 Sb. a tato vyhláška dále upravuje i vyhlášku č. 284/1995 Sb. [21],[5]

4.3 Sdružení nemocných

Sestry v akci

Je projekt, který má za úkol pomáhat lidem s RS pomocí rychlého a kvalitního servisu, který zajišťují specializovaně vyškolené RS sestry. [27]

Roska

Unie Roska vznikla v roce 1992 na podporu lidí trpících onemocněním RS. Mezi její hlavní úkoly patří zajišťování benefičních akcí, provoz RS center, sociální práce s klienty, realizace ozdravných akcí, pořádání konferencí, vydávání různých publikací atd.[29]

Nadační fond Impuls

Nadační fond Impuls byl vytvořen k zajištění finanční podpory pro lidi trpící RS. Z tohoto fondu jsou financovány projekty zabývající se výzkumem, léčbou a osvětou RS. Fond byl založen v roce 2000 a dnes se zaměřuje především na projekty RS center a vydávání edukačních materiálů pro pacienty a jejich rodiny. [28]

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

V praktické části své bakalářské práce jsem se rozhodla zaměřit se na informovanost veřejnosti o roztroušené skleróze. Roztroušená skleróza je onemocnění se stále stoupající tendencí. I přes pokroky moderní medicíny nedošlo k odhalení její přesné příčiny a úplné vyléčení zatím není známo. Považuji proto za důležité, aby veřejnost byla dostatečně informována o tomto onemocnění, protože čím dříve dojde k jeho rozpoznání, tím vyšší šanci má nemocný udržet své zdraví a kvalitu života na vyšší úrovni.

Při porovnání s jinými podobně závažnými nemocemi mi podávané informace o roztroušené skleróze přijdou nedostačující a k laické veřejnosti se nemusí dostat. Myslím si, že je nutné vědět více o onemocnění, které se netýká pouze daného jedince, ale i jeho celého okolí, na kterém se stává postupem času závislým. Musím se tedy ptát: „Jaká je informovanost veřejnosti o roztroušené skleróze?“

5.1 Cíl výzkumu

Zjistit, jaká je celková informovanost veřejnosti o roztroušené skleróze.

5.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda se respondenti setkali s pojmem roztroušená skleróza.
2. Objasnit, jak je veřejnost informovaná o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku roztroušené sklerózy.
3. Zjistit, jaké informace má veřejnost o příznacích roztroušené sklerózy.
4. Zjistit, jak je veřejnost informovaná o léčbě roztroušené sklerózy.
5. Zjistit, zda by si respondenti doplnily znalosti o roztroušené skleróze, které získali od zdravotnického personálu ještě z jiných zdrojů

6. Vytvoření edukačního materiálu pro širokou veřejnost.

5.3 Předpoklady

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda se respondenti setkali s pojmem roztroušená skleróza.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že většina dotázaných respondentů se již někdy setkala s pojmem roztroušená skleróza.

Kritérium pro většinu je 60%.

Za znalost jsou považovány 2 správné odpovědi ze 4.

Otázky: č. 4, 7, 8, 9

Dílčí cíl č. 2 : Objasnit, jak je veřejnost informovaná o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku roztroušené sklerózy

Předpoklad č. 2: Myslím si, že více jak polovina dotazovaných respondentů zná rizikové faktory přispívající ke vzniku roztroušené sklerózy .

Za znalost jsou považovány 2 správné odpovědi ze 4.

Otázky: č. 10, 11, 12, 13

Dílčí cíl č. 3 : Zjistit, jaké informace má veřejnost o příznacích roztroušené sklerózy.

Předpoklad č. 3: Domnívám se, že více jak polovina dotázaných respondentů ví ,jaké jsou příznaky roztroušené sklerózy.

Za znalost jsou považovány 2 správné odpovědi ze 3.

Otázky: č. 14, 15, 16

Dílčí cíl č. 4 : Zjistit, jak je veřejnost informována o léčbě roztroušené sklerózy.

Předpoklad č. 4: Domnívám se, že více jak polovina dotazovaných respondentů je informována o léčbě roztroušené sklerózy.

Za znalost jsou považovány 2 správné odpovědi ze 3.

Otázky: č. 17, 18, 19

Dílčí cíl č. 5 : Zjistit, zda by si respondenti doplnili znalosti o roztroušené skleróze, které získali od zdravotnického personálu ještě z jiných zdrojů.

Předpoklad č. 5: Domnívám se, že většina dotázaných respondentů by si své znalosti získané od zdravotnického personálu o roztroušené skleróze ještě doplnila z jiných zdrojů.

Kritérium pro většinu je 60%.

Za znalost jsou považovány 2 správné odpovědi ze 4.

Otázky: 20, 21, 22,

6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro svou práci nemám vybranou žádnou konkrétní cílovou skupinu, výzkum probíhal v široké veřejnosti bez jakýchkoliv kritérií. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníku v různých městech a vesnicích s větším i menším počtem obyvatel. Respondenti byli vybráni zcela náhodně bez ohledu na věk, pohlaví, vzdělání a cokoliv jiného. Všichni respondenti byli seznámeni s mou prací a souhlasili s vyplněním dotazníku. Také byli poučeni o tom, že výzkum probíhá zcela anonymně, tudíž nebudou nikde zveřejňovány jakékoliv citlivé informace, které by se jich mohli týkat.

7 METODA SBĚRU DAT

Při zpracování své bakalářské práce jsem se rozhodla pro kvantitativní výzkumné šetření.

„Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Je možno je sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech nebo použít další metody matematické statistiky.“

Valešová Monika, 2012, s. 23

Výzkum proběhl pomocí anonymního dotazníku. Dotazník byl strukturovaný, tvořený 22 uzavřenými otázkami, kdy je vždy možná pouze jedna odpověď. Byl vytvořen tak, aby mu porozuměla laická veřejnost a daný respondent pochopil správné znění otázky, mohl na ni bez obtíží odpovědět. Samotný dotazník je tvořen úvodem, kde je vysvětleno, za jakým účelem vznikl, je zde také vysvětlení, jak má být vyplněn. Hlavní část je složena z 22 otázek, kde 5 otázek se dotazuje na zjištění identifikačních údajů a zbylých 17 otázek se věnuje tématu roztroušené sklerózy a její znalosti ve veřejnosti. Závěrem dotazníku je poděkování respondentům za jeho vyplnění a je zde uveden kontakt na mne v případě jakéhokoliv dotazu či nejasnosti. Dotazník je součástí práce a je k nahlédnutí v příloze č. 1.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Před samotným šetřením jsem provedla pilotní studii, kdy jsem rozdala dotazník 5 respondentům. Díky jejich postřehům a připomínkám jsem upravila dotazník do konečné podoby, která byla později předložena všem respondentům. Výzkum probíhal v několika různě velkých městech a obcích, aby byl vzorek co nejširší a obsahoval různorodé skupiny respondentů.

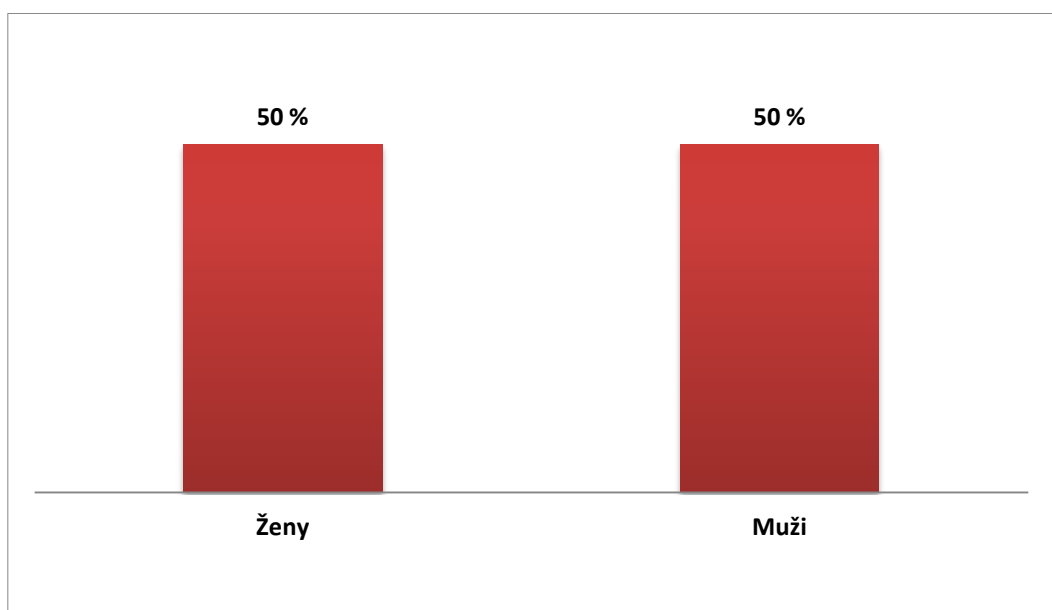
Rozdáno bylo celkem 120 tištěných dotazníků. Žádný respondent ho neodmítl vyplnit. Celková návratnost správně vyplněných dotazníků byla 100, tudíž mohu udat návratnost dotazníku 83 %. Tato návratnost byla zajištěna mou osobou. Každý řádně vyplněný dotazník jsem osobně převzala. Výzkumné šetření probíhalo v období ledna. Všechny dotazníky byly řádně vyplněny a díky tomu mohly být plnohodnotně využity při dalším zpracování.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

Tato část mé bakalářské práce byla věnována zpracování dotazníků, které jsem vybrala od respondentů. Získané údaje jsem dále zpracovala dle stanovených otázek do grafů pomocí programů Microsoft Excel a Word. Celkem bylo vyhodnoceno 100 dotazníků.

Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví ?

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů



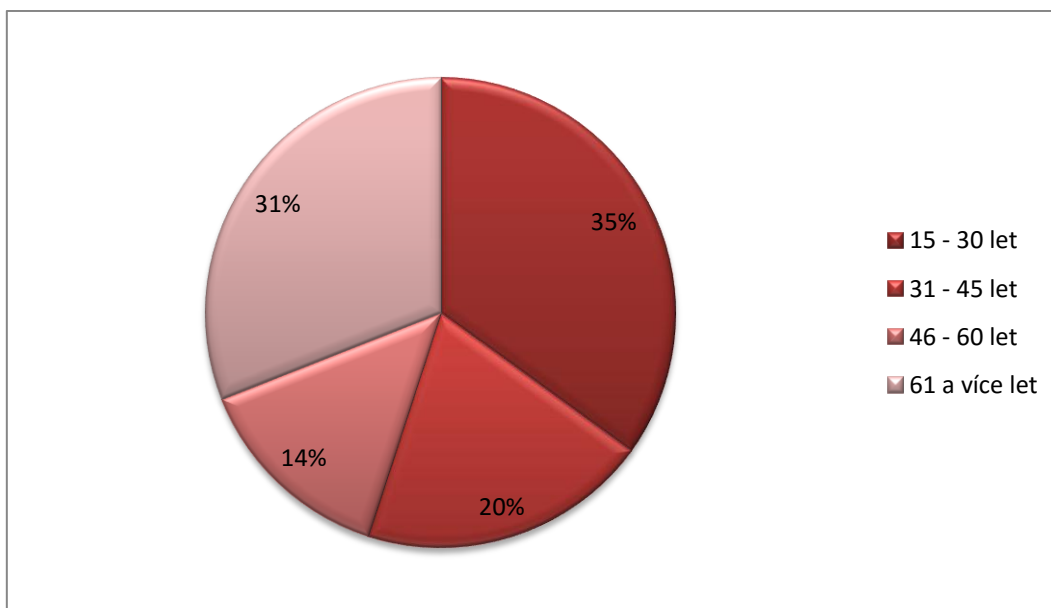
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Z celkového počtu 100 (100%) respondentů bylo 50 (50%) respondentů mužů a 50 (50%) žen.

Otázka č. 2 - Do jaké věkové skupiny patříte ?

Graf č. 2 - Věkové rozdělení



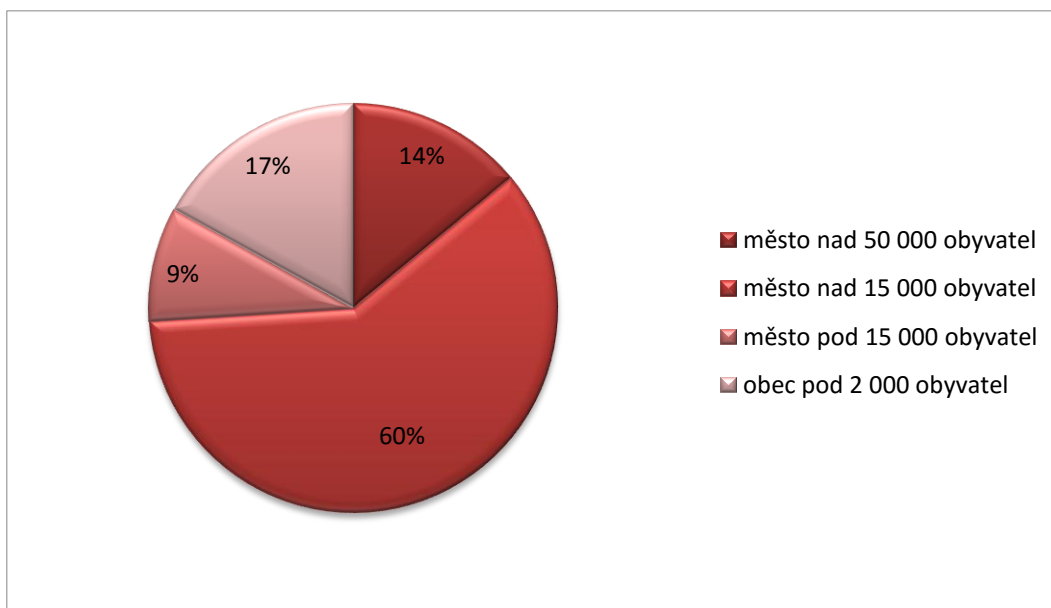
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

V dotazníku byla nejvíce zastoupena věková skupina 15 - 30 let, a to počtem 35 (35%) respondentů. Druhá nejvíce zastoupená skupina byla 61 a více let. V této skupině odpovídalo 31 (31%) dotazovaných. Ve skupině 31 - 45 let odpovídalo 20 (20%) respondentů. Nejméně zastoupená věková skupina byla v rozmezí 46 - 60 let, a to 14 (14%) respondenty.

Otázka č. 3 - Jaké je místo Vašeho bydliště ?

Graf č. 3 - Místo bydliště



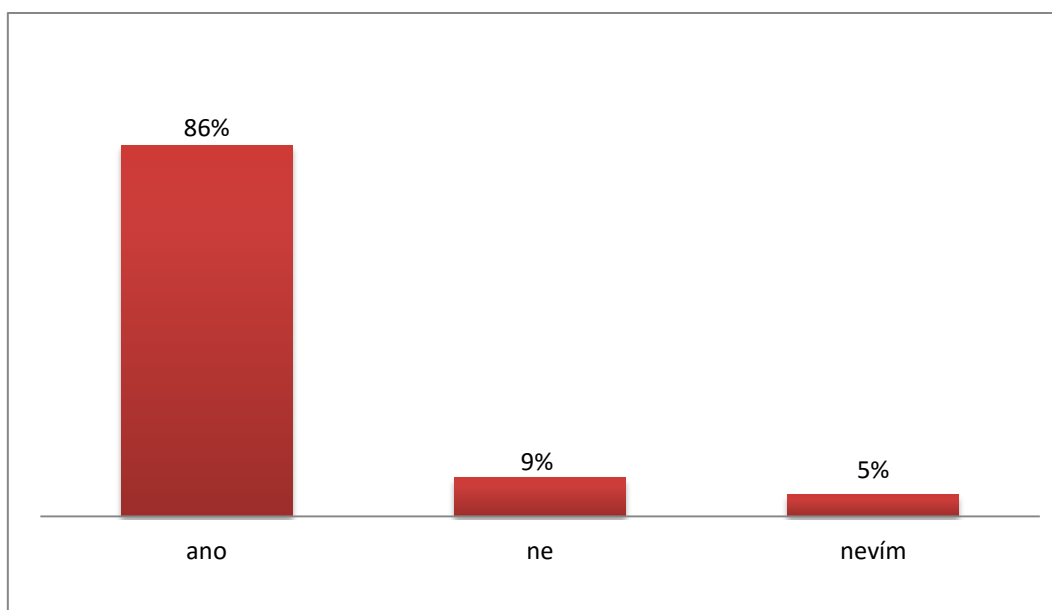
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Ze 100 (100%) respondentů pochází 14 (14%) z města nad 50 000 obyvatel. Nejvíce zastoupená byla skupina respondentů žijících ve městě nad 15 000 obyvatel, a to 60 (60%) respondenty. Město pod 15 000 obyvatel bylo vybráno 9 (9%) respondenty. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byla obec pod 2 000 obyvatel, počtem 17 (17%) respondentů.

Otázka č. 4 - Slyšel/a jste někdy o onemocnění RS ?

Graf č. 4 - Znalost onemocnění



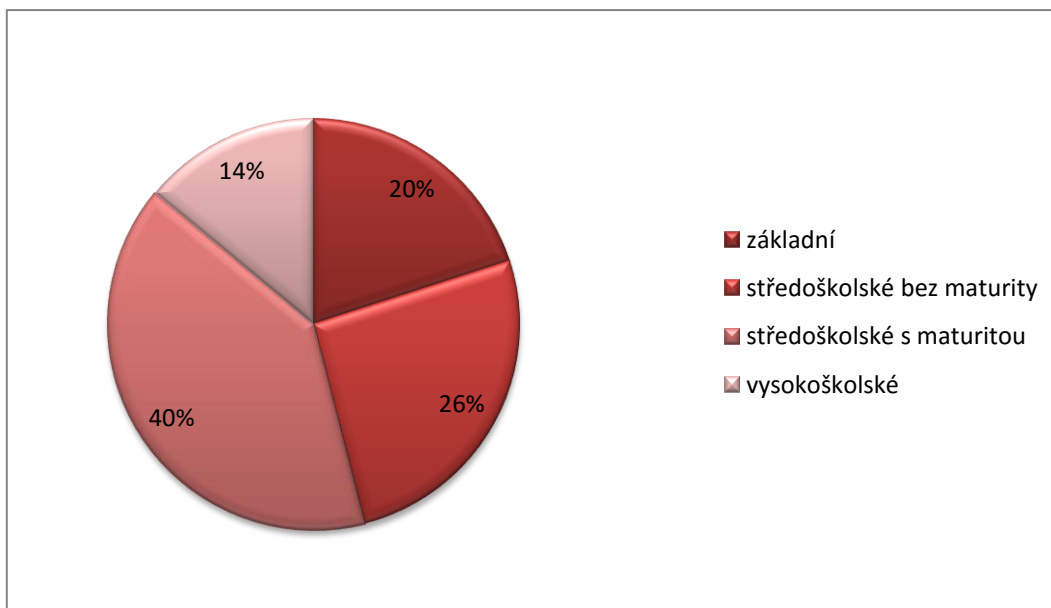
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na otázku zda respondenti někdy slyšeli o roztroušené skleróze odpovídali následovně: 86 (86%) udává, že o RS slyšeli. V 9 (9%) případech respondenti o RS nikdy neslyšeli. Pouze 5 (5%) respondentů zvolilo odpověď „nevím.“

Otázka č. 5 - Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání ?

Graf č. 5 - Nejvyšší ukončené vzdělání



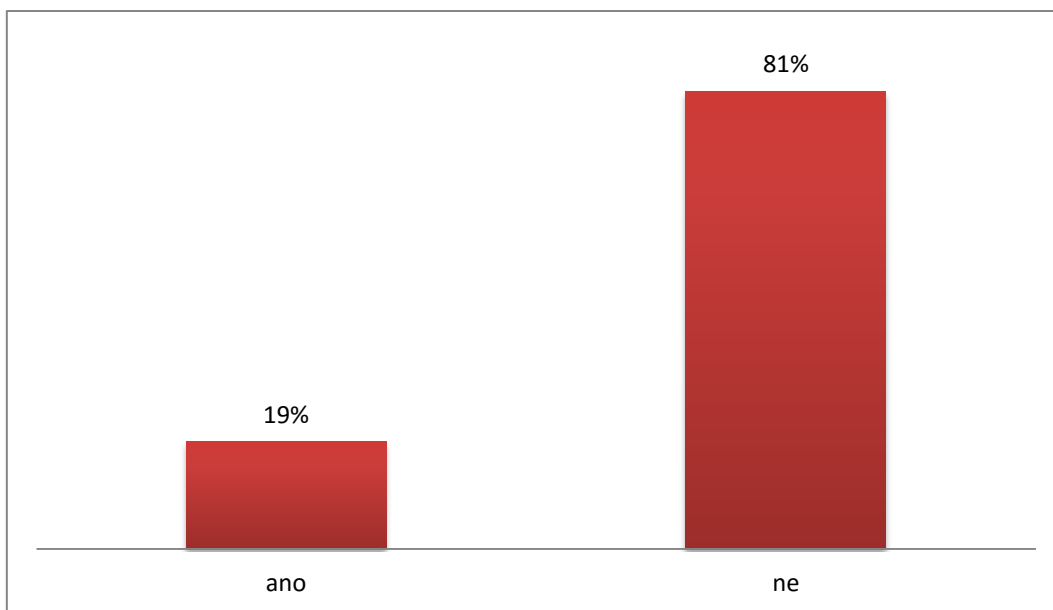
Zdroj: Vlastní

Shrnutí :

V dotazníku bylo nejvíce zastoupeno středoškolské vzdělání s maturitou 40 (40%) respondenty. Druhé největší zastoupení tvoří vzdělání středoškolské bez maturity, kde odpovídalo 26 (26%) respondentů. V případě základního vzdělání odpovědělo 20 (20%) respondentů. Nejméně zastoupenou skupinou jsou vysokoškolsky vzdělaní respondenti s počtem 14 (14%).

Otázka č. 6 - Pracujete ve zdravotnictví ?

Graf č. 6 - Práce ve zdravotnictví



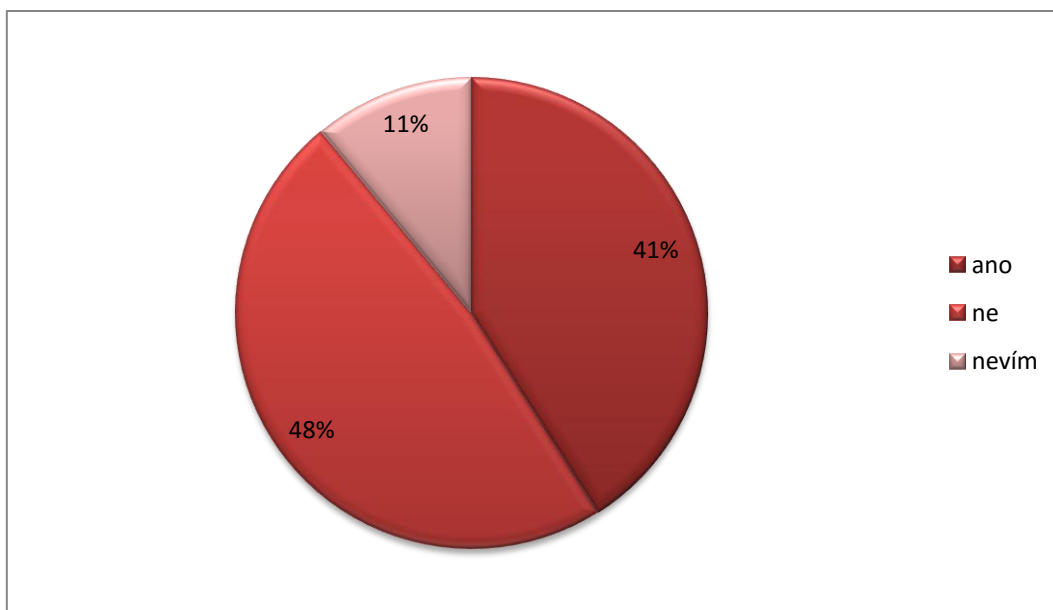
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na otázku, kolik respondentů pracuje ve zdravotnictví, bylo 19 (19%) respondentů zdravotníků. Respondentů, kteří ve zdravotnictví nepracují, bylo 81 (81%).

Otázka č. 7 - Viděl/a jste někdy propagační materiál (leták, brožuru atd.) o RS ?

Graf č. 7 - Znalost propagačního materiálu o RS



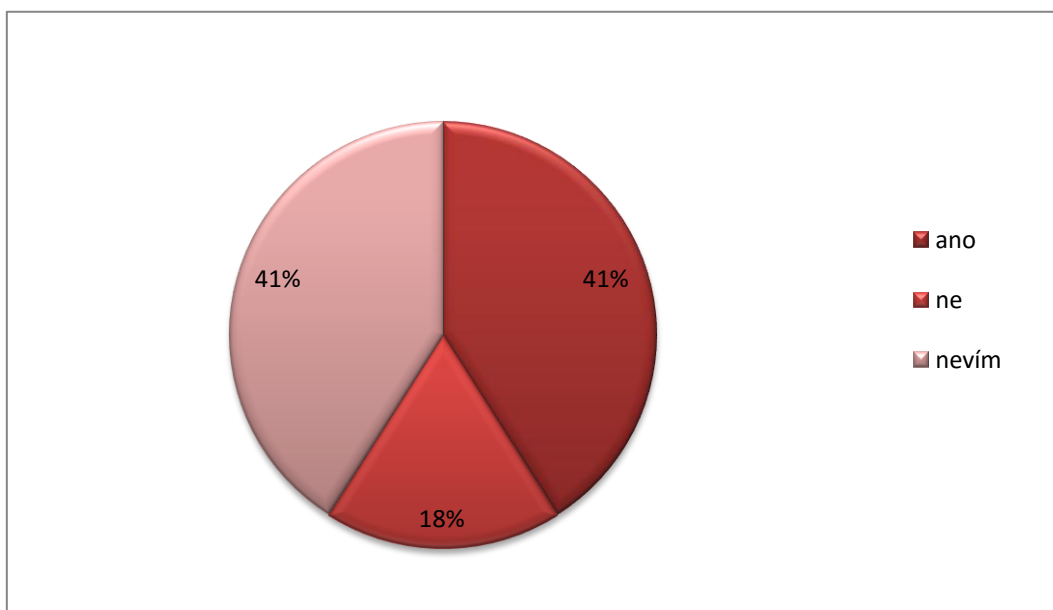
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Ze 100 (100%) dotazovaných respondentů odpovědělo 41 (41%) „ano“ na otázku zda někdy spatřili propagační materiál o RS, ve 48 (48%) případech respondenti odpovídali, že žádný propagační materiál neviděli. Pouze 11 (11%) respondentů neví, zda nějaký propagační materiál viděli.

Otázka č. 8 - Myslíte si, že pacienti s RS mají o své nemoci dostatek informací ?

Graf č. 8 - Názor respondentů na informovanost pacientů s onemocněním RS



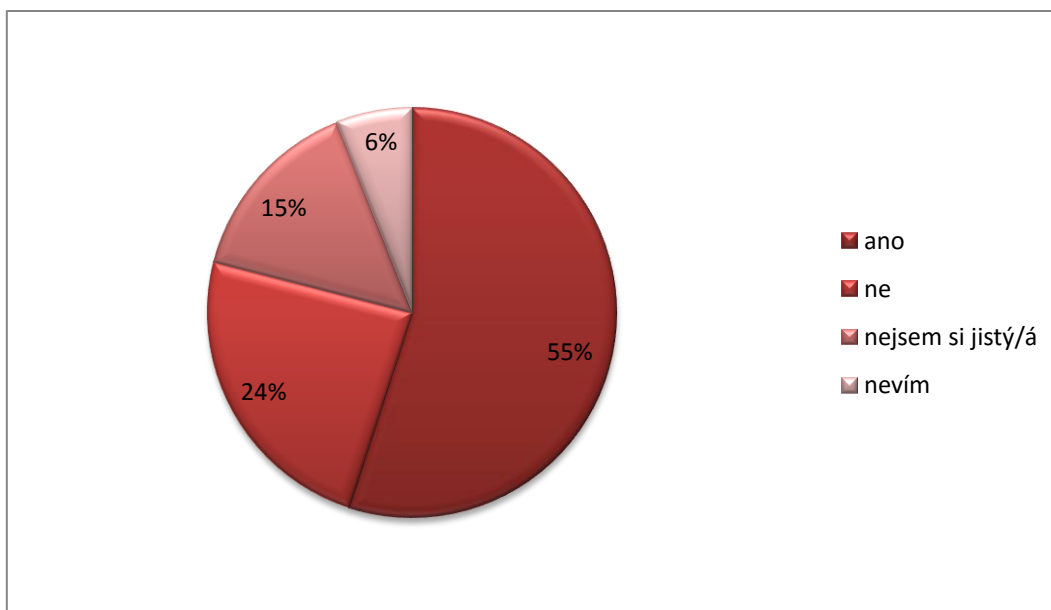
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

V dotazníku odpověděli respondenti na tuto otázku následovně: 41 (41%) respondentů odpovědělo na otázku č.8 ano. Stejný počet respondentů 41 (41%) odpověděl, že neví zda jsou pacienti dostatečně o své nemoci informováni. Nejmenší skupinu 18 (18%) tvoří respondenti, kteří si myslí, že pacienti nejsou dostatečně informováni.

Otázka č. 9 - Setkal/a jste se někdy ve svém okolí s člověkem s touto diagnózou ?

Graf č. 9 - Setkání s osobou, která má diagnózu RS



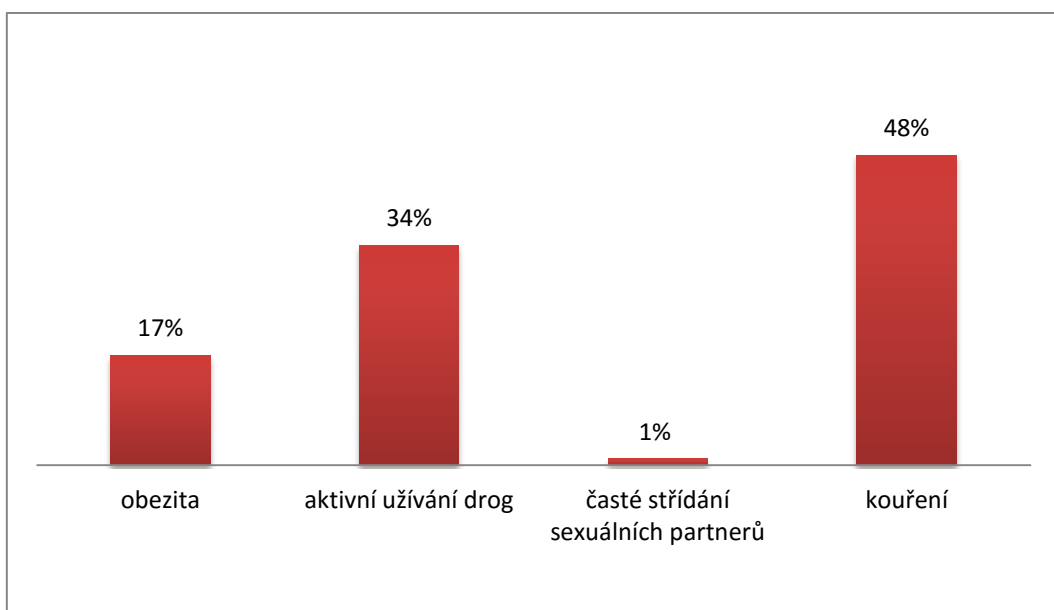
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na otázku, zda se někdy respondenti setkali s osobou, která měla diagnózu RS, odpověděli následovně: 55 (55%) respondentů se již s takto nemocným člověkem setkalo, 24 (24%) respondentů se nikdy s takto nemocným člověkem nesetkalo. Skupina 15 (15%) respondentů odpověděla, že si nejsou jisti, zda takto nemocného člověka potkali. Pouze 6 (6%) respondentů odpovědělo, že neví o takovém člověku ve svém okolí.

Otázka č. 10 - Rizikovým faktorem pro vznik RS je ?

Graf č. 10 - Rizikový faktor pro RS



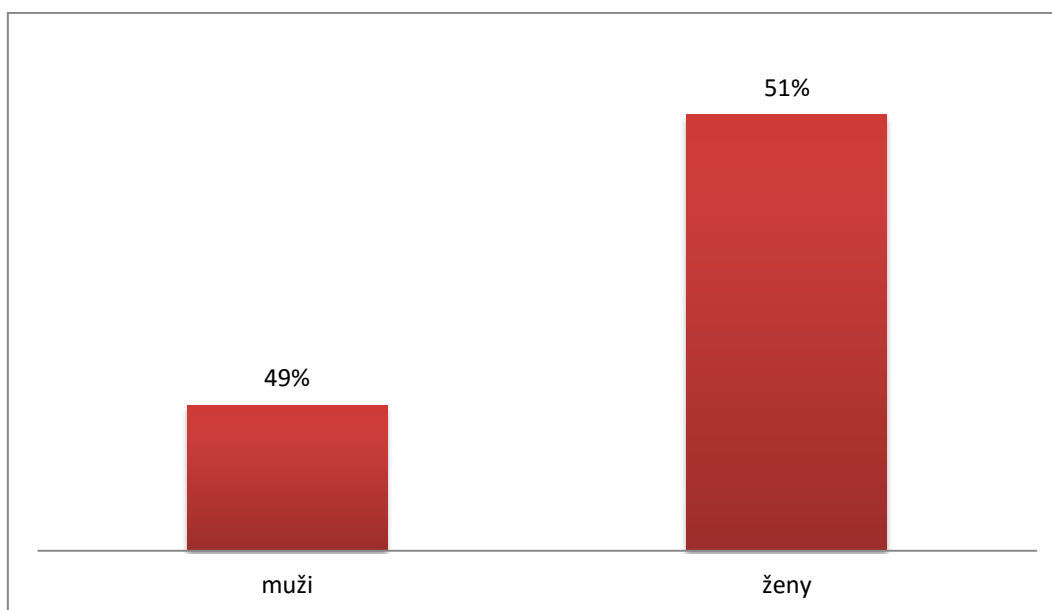
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Nejvíce respondentů počtem 48 (48%) odpovědělo, že rizikovým faktorem pro RS je kouření. Druhá skupina 34 (34%) respondentů považuje za rizikový faktor aktivní užívání drog. Jen 17 (17%) respondentů považuje za riziko obezitu. Pouze 1 (1%) respondent odpověděl na tuto otázku časté střídání sexuálních partnerů.

Otázka č. 11 - Větší riziko pro vznik RS mají ?

Graf č. 11 - Riziko pro vznik RS



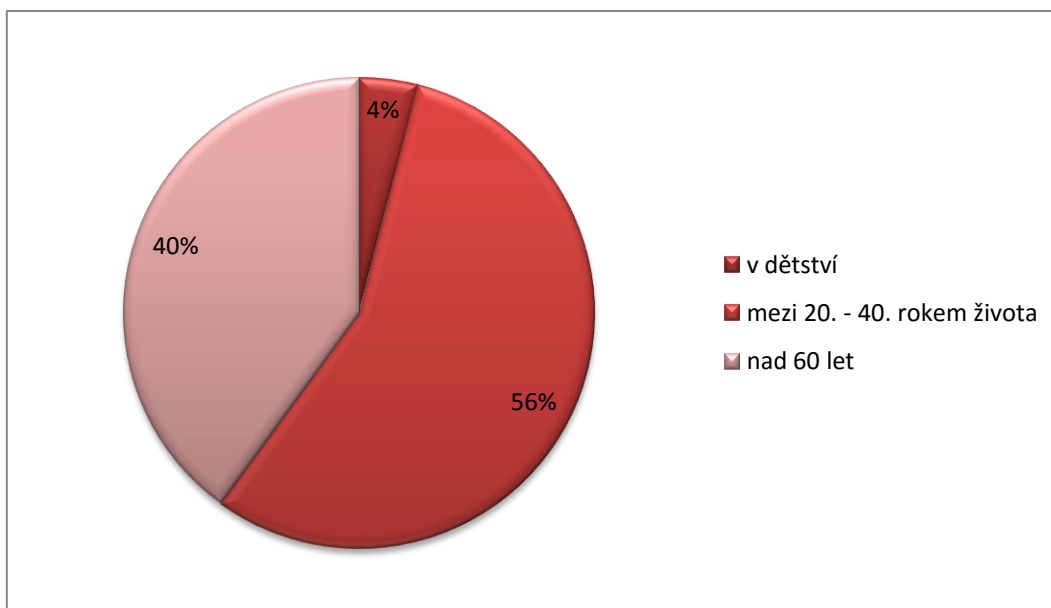
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Ze 100 (100%) respondentů zná rizikový faktor pro vznik 51 (51%) respondentů, kteří odpověděli, že riziko vzniku pro RS je vyšší u žen. Jen 49 (49%) respondentů odpovědělo, že riziko je větší u mužů.

Otázka č. 12 - RS se nejvíce vyskytuje ?

Graf č. 12 - Výskyt RS dle věku



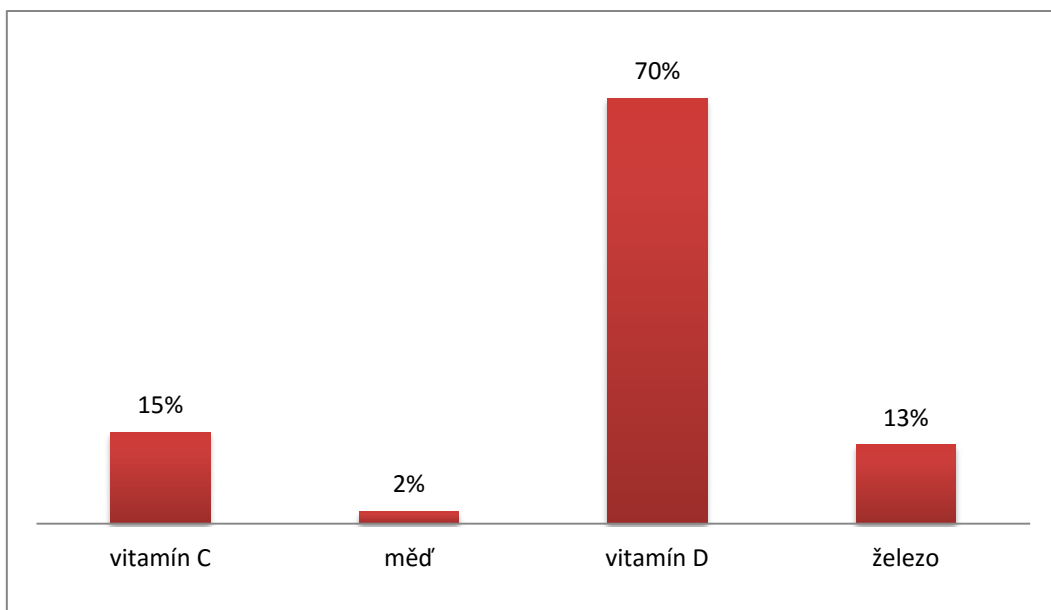
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

V dotazníku byla nejvíce zastoupena skupina, která volila odpověď mezi 20. - 40. rokem života, a to 56 (56%) respondenty. Druhou velkou skupinou bylo 40 (40%) respondentů, kteří zvolili odpověď nad 60 let. Pouze 4 (4%) respondenti odpověděli, že se RS vyskytuje nejčastěji v dětství.

Otázka č. 13 - Jako prevence RS je důležité doplňovat ?

Graf č. 13 - Prevence RS



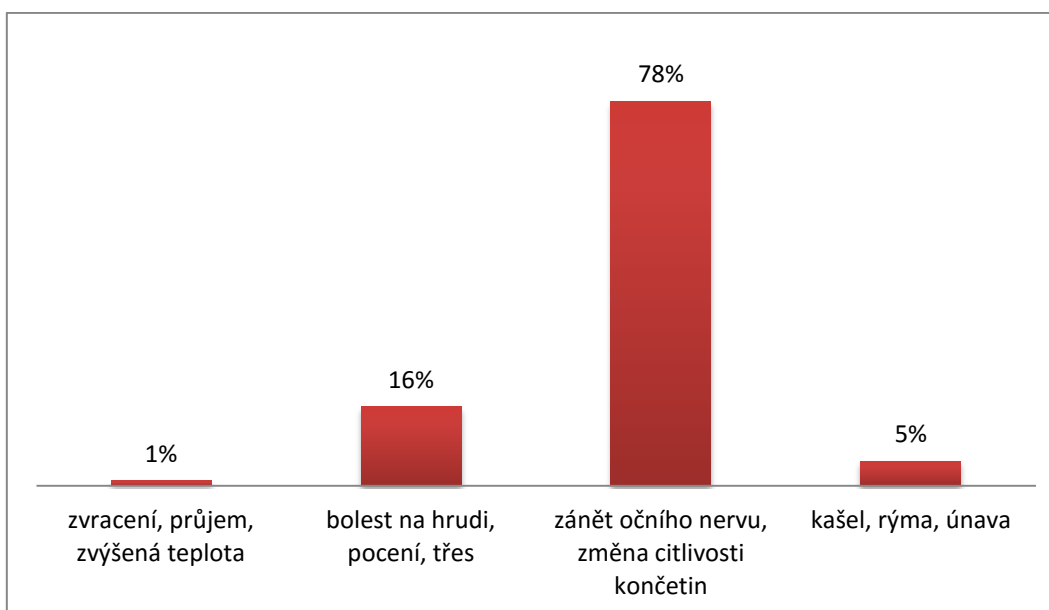
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na otázku, co má být preventivně doplňováno, odpověděli respondenti následovně. Většina, tedy 70 (70%) respondentů, zvolila vitamín D. Pouze 15 (15%) respondentů si myslí, že je nutné doplňovat vitamín C. Ze 100 (100%) dotázaných respondentů, se 13 (13%) domnívá, že je nutné doplňovat do organismu železo. Jen 2 (2%) respondenti zvolili za svou odpověď měď.

Otázka č. 14 - Příznaky RS jsou ?

Graf č. 14 - Příznaky RS



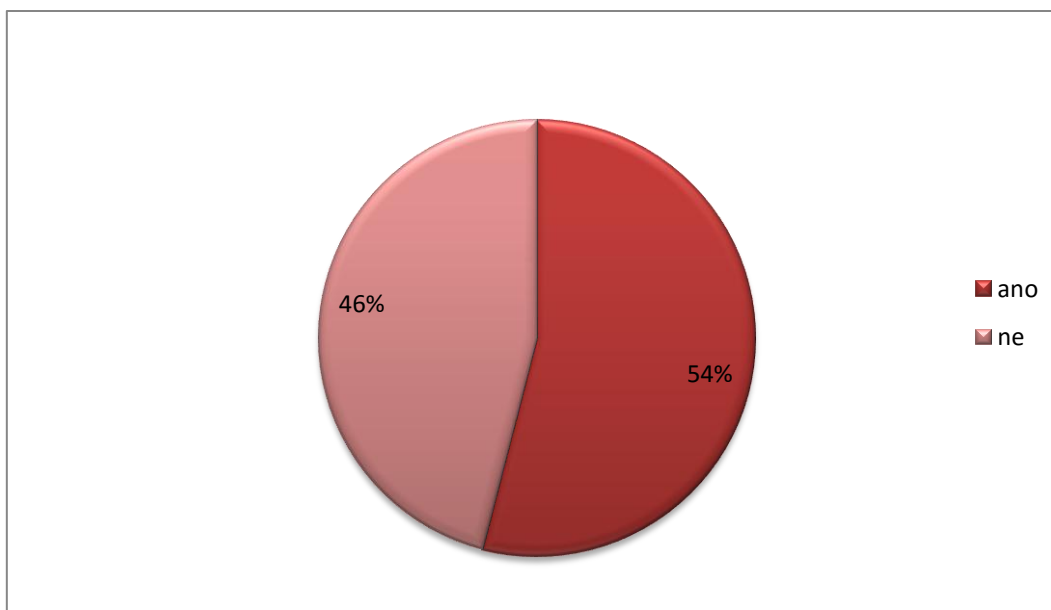
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Ze 100 (100%) dotazovaných respondentů odpovědělo 78 (78%) , že za hlavní příznaky považuje zánět očního nervu a změnu citlivosti končetin. Bolest na hrudi, pocení a třes udalo jako odpověď 16 (16%) respondentů. Pouze 5 (5%) respondentů uvedlo v odpovědi jako příznaky kašel, rýmu a únavu. Jen 1 (1%) respondent odpověděl, že příznaky RS jsou zvracení, průjem a zvýšená teplota.

Otázka č. 15 - Zrakové problémy jsou jedním z prvotních příznaků ?

Graf č. 15 - Zrakové problémy jako příznak RS



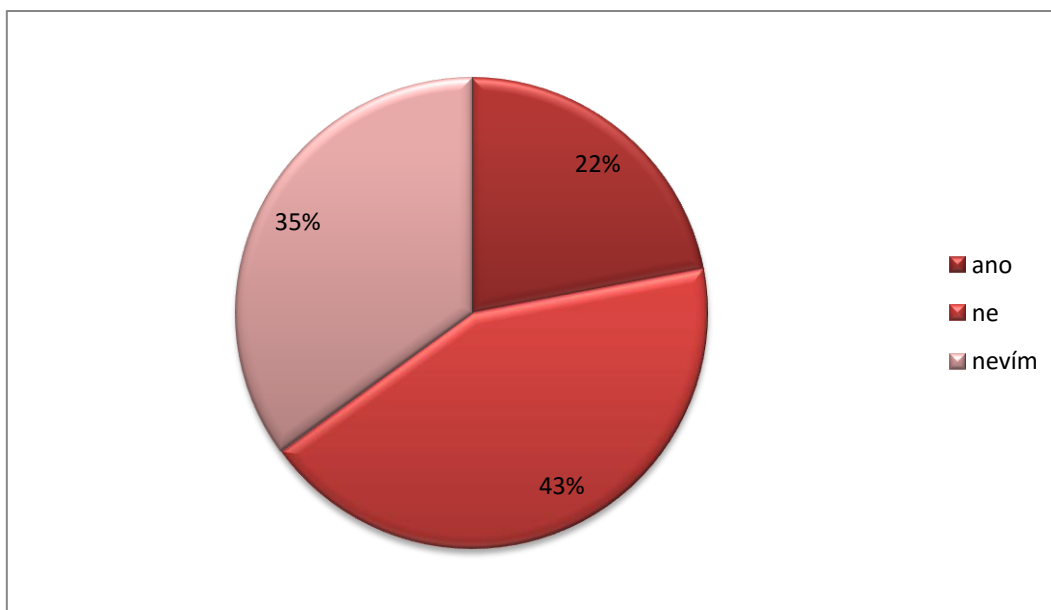
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na tuto otázku odpovědělo správně 54 (54%) respondentů, jejich odpověď byla ano. Respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli ne, bylo celkem 46 (46%).

Otázka č. 16 - Myslíte si, že lze diagnostikovat RS už z prvních příznaků ?

Graf č. 16 - Diagnostika RS z prvních příznaků



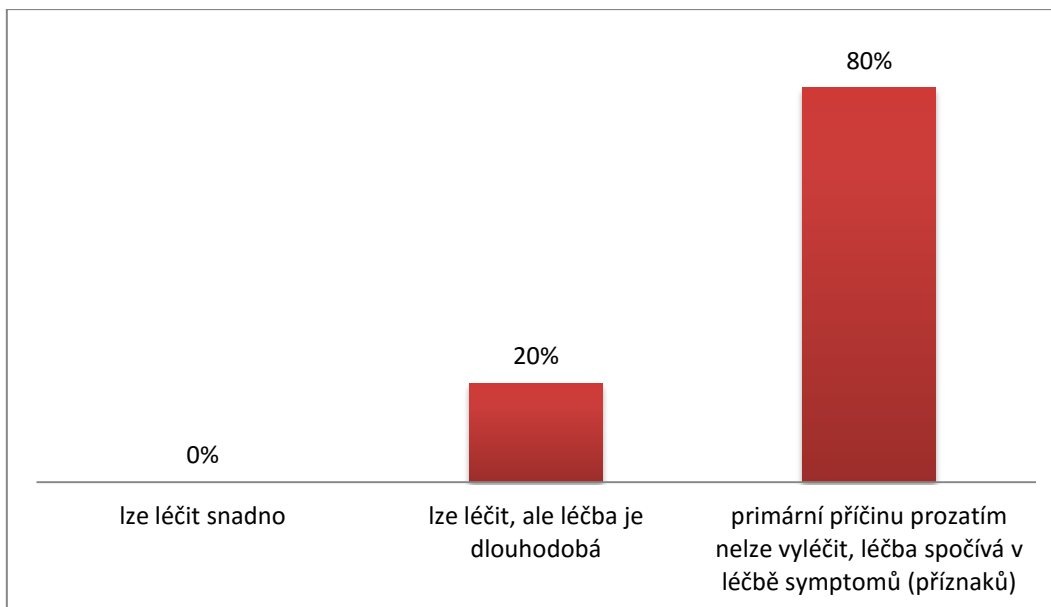
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na otázku, zda je možné diagnostikovat RS z prvních příznaků, odpovídalo 22 (22%) respondentů „*ano*.“ Největší skupinou respondentů 43 (43%) byli ti, kteří odpověděli na tuto otázku ne, „*ne*.“ Pouze 35 (35%) respondentů odpovědělo, že neví, zda lze diagnostikovat již z prvotních příznaků.

Otázka č. 17 - RS je onemocnění, které ?

Graf č. 17 - Léčitelnost RS



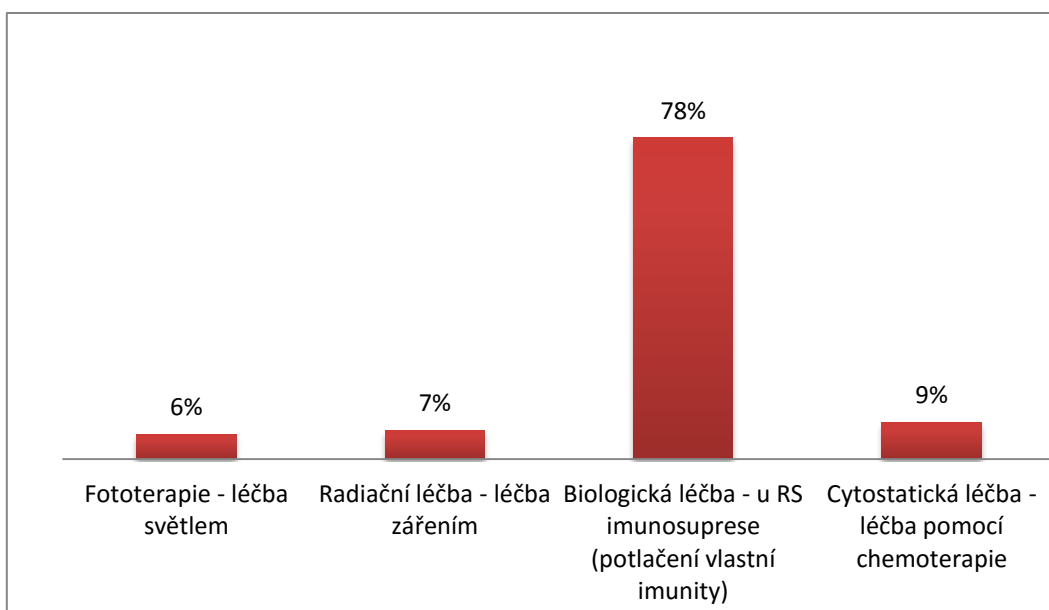
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Ze 100 (100%) dotázaných, 80 (80%) respondentů domnívá, že primární příčinu prozatím nelze vyléčit a léčba spočívá v léčbě symptomů. Pouze 20 (20%) respondentů vybralo odpověď, ve které je uvedena dlouhodobá přímá léčba RS. Žádný respondent nepovažuje RS za snadno léčitelné onemocnění.

Otázka č. 18 - Nejnovější léčbou RS je?

Graf č. 18 - Druh léčby RS



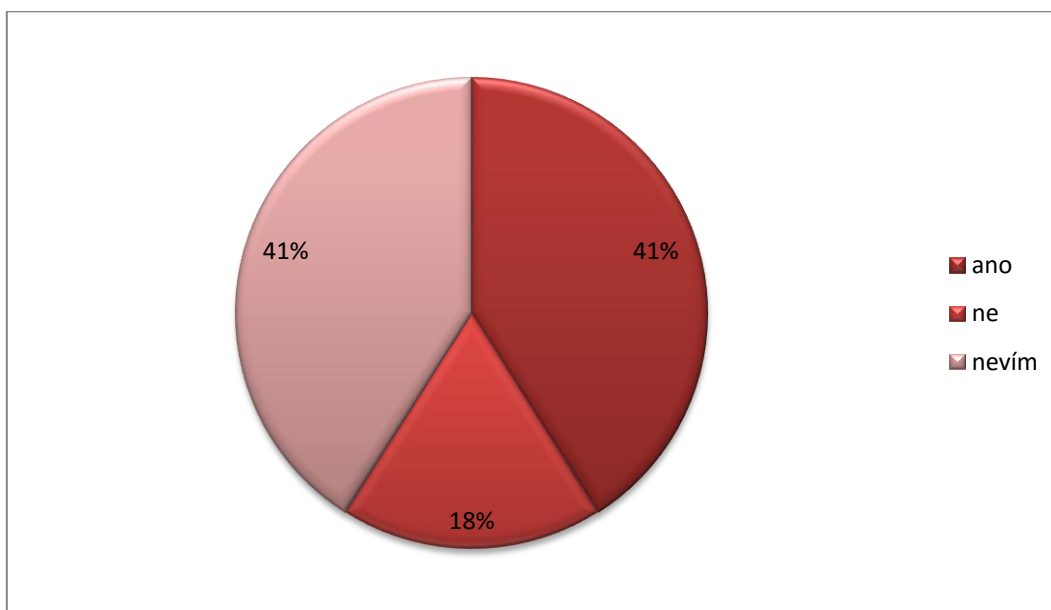
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Nejpočetnější skupina respondentů 78 (78%) zvolila jako svou odpověď biologickou léčbu. Léčbu cytostatiky vybralo pouze 9 (9%) respondentů. Radiační léčbu považuje za vhodnou jen 7 (7%) respondentů. Pouze 6 (6%) respondentů se domnívá, že nejnovější léčba RS je fototerapie.

Otázka č. 19 - Myslíte si, že lidé, trpící RS, jsou dostatečně informováni o možnostech léčby ?

Graf č. 19 - Názor na informovanost pacientů s RS o léčbě



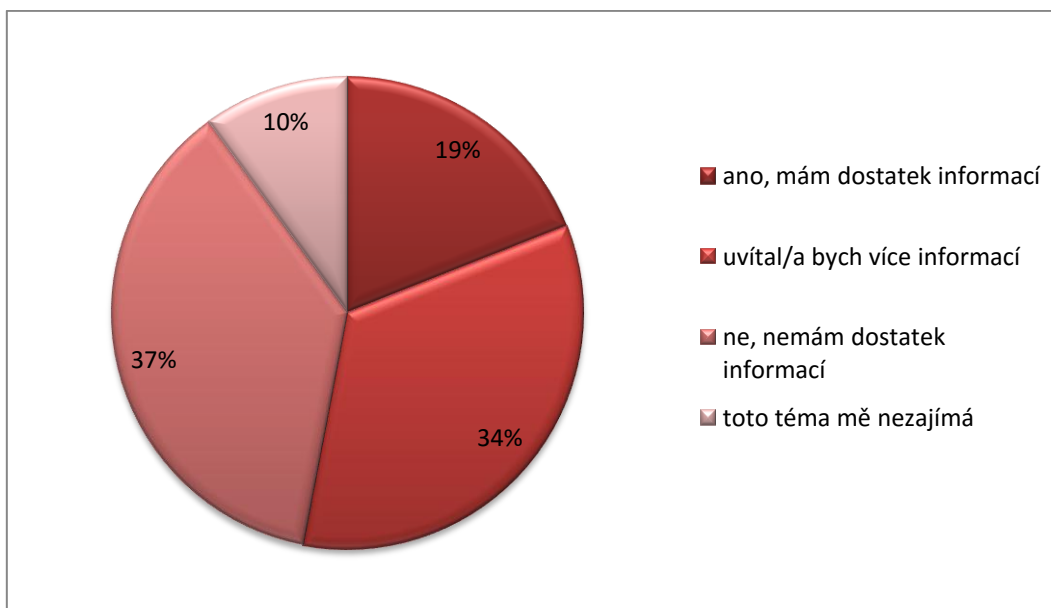
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Ze 100 (100%) respondentů se 41 (41%) domnívá, že jsou pacienti dostatečně informováni. Stejný počet 41 (41%) respondentů vybralo na tuto otázku odpověď „nevím.“ Pouze 18 (18%) respondentů si myslí, že pacienti nejsou dostatečně informováni a zvolili odpověď ne.

Otázka č. 20 - Myslíte se, že máte dostatek informací o RS ?

Graf č. 20 - Informovanost veřejnosti o RS



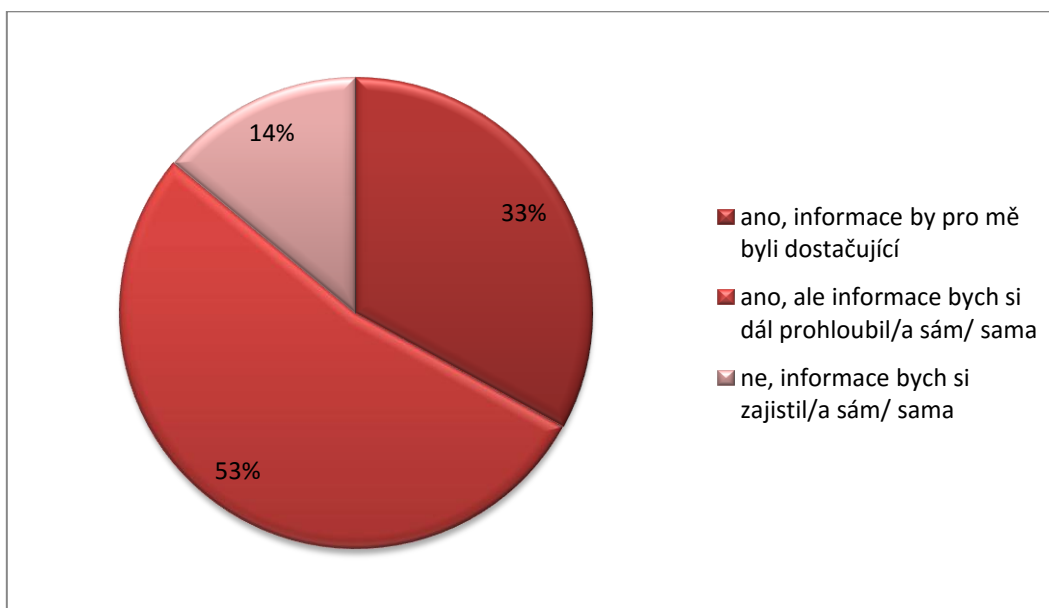
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na otázku, zda mají respondenti dostatek informací o RS, odpovědělo 19 (19%) respondentů „ano.“ Největší skupinu 37 (37%) tvořili respondenti, kteří jako svou odpověď uvedli nedostatek informací o tomto onemocnění. Ve 34 (34%) odpovědích by respondenti uvítali více informací k RS. Pouze 10 (10%) respondentů uvedlo, že je toto téma nezajímá.

Otázka č. 21 - Myslíte si, že informace podané zdravotnickým personálem by pro Vás byly dostačující, nebo byste si je rozšířil/a z jiných zdrojů ?

Graf č. 21 - Podání informací od zdravotnického personálu



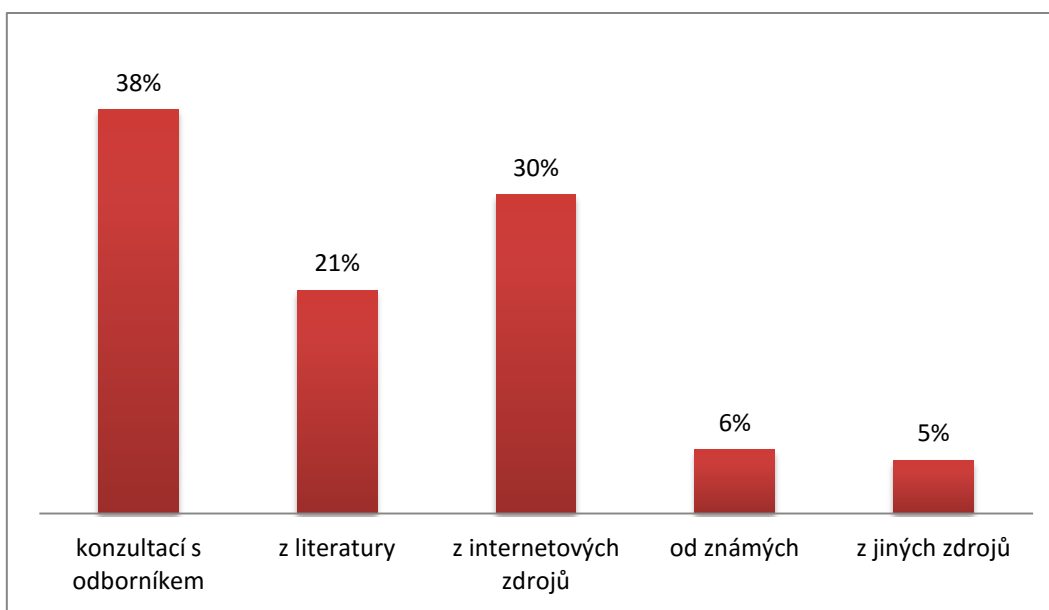
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Na otázku, zda by respondentům stačili informace podané zdravotnickým personálem odpovědělo 33 (33%) respondentů kladně, informace by považovali za dostačující. V 53 (53%) odpovědích by respondenti své informace sami prohloubili ještě z jiných zdrojů. A 14 (14%) respondentů by informace získané od zdravotníků považovali za zcela nedostačující.

Otázka č. 22 - Jakou formou byste tyto informace získal/a ?

Graf č. 22 - Získání informací o RS



Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

Ze 100 (100%) respondentů by 38 (38%) zvolilo pro získání informací konzultací s odborníkem. Druhá největší skupina 30 (30%) respondentů by zjišťovala informace pomocí internetových zdrojů. Z literatury by o RS čerpalo 21 (21%) respondentů. Od známých by se informovalo 6 (6%) respondentů. A pouze 5 (5%) respondentů by čerpalo informace z jiných zdrojů.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl č. 1 - Zjistit, zda se respondenti setkali s pojmem roztroušená skleróza.

Předpoklad č. 1 - Předpokládám, že většina dotázaných respondentů se již někdy setkala s pojmem roztroušená skleróza.

(Kritérium pro většinu je 60 %)

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 4, 7, 8 a 9.

V otázce č. 4 jsem se domnívala, že víc jak 80 % dotázaných respondentů odpoví „ano“. Moje očekávání se potvrdilo, tuto odpověď zvolilo 86 % respondentů. V otázce č. 7 jsem očekávala, že alespoň 30 % všech respondentů někdy vidělo propagační materiál vztahující se k tématu roztroušené sklerózy. Odpověď „ano“ vybralo 41 % respondentů, tím se můj předpoklad splnil. Dále jsem předpokládala, že na otázku č. 8 odpoví „ano“ více jak 50 % dotázaných respondentů. Tento předpoklad se mi nepotvrdil. Na tuto otázku odpovědělo kladně pouze 41 % dotázaných respondentů. Na otázku č. 9 odpovědělo 55 % respondentů kladně. Můj předpoklad byl, že více jak 50 % dotázaných odpoví na tuto otázku správně. Tímto se potvrdil.

Na základě mnou stanovených kritérií se tedy předpoklad č.1 potvrdil.

Cíl č. 2 - Objasnit, jak je veřejnost informována o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku roztroušené sklerózy.

Předpoklad č. 2 - Myslím si, že většina dotázaných respondentů zná rizikové faktory přispívající ke vzniku roztroušené sklerózy.

(Kritérium pro většinu je 70 %)

K cíli č. 2 se vztahují výzkumné otázky č. 10, 11, 12 a 13.

Pro otázku č. 10 jsem zvolila kritérium 70 % pro správnou odpověď „kouření“. Moje domněnka se však nepotvrdila, tuto odpověď vybralo pouze 48 % respondentů. V otázce č. 11 jsem se domnívala, že více jak 50 % dotázaných respondentů vybere jako rizikovou skupinu ženy. Domněnka se mi potvrdila, tuto skupinu vybralo 51 % respondentů. U otázky č. 12 jsem předpokládala, že správnou odpověď vybere více jak

50% respondentů. Tento předpoklad se mi potvrdil. 56% respondentů vybralo jako rizikovou věkovou skupinu mezi 20. - 40. rokem života. V otázce č. 13 jsem předpokládala, že více jak 50 % respondentů vybere jako svou odpověď „vitamín D“. Tento předpoklad se splnil, odpověď vybralo 70 % respondentů.

Na základě mnou stanovených kritérií se tedy předpoklad č. 2 potvrdil.

Cíl č. 3 - Zjistit, jaké informace má veřejnost o příznacích roztroušené sklerózy.

Předpoklad č. 3 - Domnívám se, že více jak polovina dotázaných respondentů ví, jaké jsou příznaky roztroušené sklerózy.

K cíli č. 3 patří tyto výzkumné otázky č. 14, 15 a 16.

U otázky č. 14 jsem se domnívala, že více jak 70 % respondentů vybere odpověď „zánět očního nervu, změna citlivosti končetin“. Moje domněnka se potvrdila. Danou odpověď zvolilo 78 % respondentů. V otázce č. 15 jsem předpokládala, že více jak 50 % dotázaných respondentů vybere jako svou odpověď „ano“. Tento předpoklad se splnil, odpověď zvolilo 54 % respondentů. U otázky č. 16 jsem předpokládala, že více jak 70 % respondentů odpoví „ne“. Tento předpoklad se nesplnil, danou možnost zvolilo jen 43 %.

Předpoklad č. 3 se tedy na základě mnou sestavených kritérií potvrdil.

Cíl č. 4 - Zjistit, jak je veřejnost informována o léčbě roztroušené sklerózy.

Předpoklad č. 4 - Domnívám se, že více jak polovina dotázaných respondentů je informována o léčbě roztroušené sklerózy.

K cíli č. 4 patří výzkumné otázky č. 17, 18, a 19.

V otázce č. 17 jsem se domnívala, že více jak 70 % respondentů vybere jako svou odpověď „primární příčinu prozatím nelze vyléčit, léčba spočívá v léčbě symptomů“. Tato domněnka se mi potvrdila, tuto odpověď zvolilo 80 % všech dotázaných respondentů. U otázky č. 18 jsem předpokládala, že více jak 70 % respondentů zvolí jako svou odpověď „biologickou léčbu“. Tento předpoklad se mi potvrdil, tuto odpověď zvolilo 78 % dotázaných respondentů. V otázce č. 19 jsem očekávala, že více jak 50 % respondentů

vybere odpověď „ano“. Tento předpoklad se však nepotvrdil, kladnou odpověď vybralo jen 41 % respondentů.

Předpoklad č. 4 se tedy na základě mnou sestavených kritérií potvrdil.

Cíl č. 5 - Zjistit, zda by si respondenti doplnili znalosti o roztroušené skleróze, které získali od zdravotnického personálu ještě z jiných zdrojů.

Předpoklad č. 5 - Domnívám se, že většina dotázaných respondentů by si své znalosti získané od zdravotnického personálu o roztroušené skleróze ještě doplnila z jiných zdrojů.

(Kritérium pro většinu je 60 %)

K cíli č. 5 náleží tyto výzkumné otázky č. 20, 21 a 22.

U otázky č. 20 jsem se domnívala, že více jak 50 % respondentů odpoví „uvítal/a bych více informací.“ Tento předpoklad se mi nepotvrdil, takto odpovědělo jen 34 % respondentů. Můj předpoklad u otázky č. 21 byl, že více jak 50 % respondentů by si dál prohloubilo informace podané zdravotnickým personálem samo ještě z jiných zdrojů. Můj předpoklad u otázky se potvrdil, 53 % respondentů zvolilo danou odpověď. V případě otázky č. 22 jsem se domnívala, že alespoň 30 % respondentů vybere jako svou odpověď „konzultaci s odborníkem“. Mnou zvolený předpoklad se potvrdil informace od odborníka by zvolilo 38 % dotázaných respondentů.

Předpoklad č. 5 se tedy na základě mnou sestavených kritérií potvrdil.

11 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala roztroušené skleróze z pohledu veřejnosti. Mým hlavním cílem bylo zjistit, jak kompaktně je veřejnost informována o roztroušené skleróze, nejprve jsem zjišťovala zda respondenti někdy slyšeli o tomto onemocnění. Dále jsem se chtěla dovědět, jaké znalosti jsou o rizikových faktorech a příznacích. V neposlední řadě jsem také zjišťovala, co ví veřejnost o léčbě a zda si myslí, že je dostatečně informována.

Před samotným průzkumem jsem si stanovila cíle a k nim vyplývající předpoklady. K průzkumu jsem využila mnou vytvořený dotazník, který jsem zpracovala a následně vyhodnotila. Ze 120 rozdaných dotazníků jich bylo pouze 100 vyplněných dle pokynů, správně. Návratnost tedy byla 83 %. V diskuzi dále rozvádím a vyhodnocuji zjištěné informace.

Předpoklad č. 1

Na základě mnou získaných informací z dotazníkového šetření se předpoklad č. 1 potvrdil. Cílem mého šetření bylo zjistit zda se respondenti setkali s pojmem roztroušená skleróza. K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky 4, 7, 8, a 9. Domnívala jsem se, že se více jak 60 % respondentů již někdy s tímto pojmem setkalo. V otázce č. 4 jsem zjišťovala, zda respondenti již někdy slyšeli o roztroušené skleróze. 86 % respondentů již někdy o tomto onemocnění slyšelo. Domnívám se, že je to způsobeno stále narůstajícím výskytem tohoto onemocnění. Pouze 9 % respondentů o roztroušené skleróze neslyšelo a 5 % si není jisto, zda o tomto onemocnění někdy slyšelo.

U otázky č. 7 měli respondenti odpovědět, zda někdy viděli propagační materiál. Pouze 41 % respondentů mělo možnost takový materiál vidět, 48 % respondentů odpovědělo, že nevidělo a 11 % dotázaných respondentů neví, zda někdy takový materiál vidělo. Dle mého názoru je to způsobeno, tím že se na veřejnosti o tomto onemocnění nemluví a nemá dostatečně propracovanou mediální podporu, na rozdíl od některých jiných onemocnění.

Překvapivým zjištěním pro mě v otázce č. 9 bylo, že více jak polovina, konkrétněji 55 % respondentů, se již někdy ve svém životě setkala s člověkem, který měl stanovenou tuto diagnózu RS. Domnívám se, že to souvisí s podnebím, ve kterém žijeme, kde je výskyt roztroušené sklerózy vyšší a se stoupajícím počtem osob s tímto onemocněním.

Předpoklad č. 2

V mém druhém předpokladu jsem se domnívala, že respondenti znají rizikové faktory související s RS. K tomuto cíli se vztahovaly otázky 10, 11, 12 a 13. Předpoklad č. 2 se mi potvrdil. Ve svém šetření jsem zjistila, že dotázaní respondenti znají rizikové faktory, které mohou přispívat ke vzniku roztroušené sklerózy. Zajímavým zjištěním u otázky č. 10 bylo, že kouření za rizikový faktor pokládá pouze 48 % respondentů. Aktivní užívání drog vybralo 34 % dotázaných. Myslím si, že respondenti zvolili odpověď drogy, kvůli všeobecně rozšířenému faktu o jejich škodlivosti, což si u nikotinu lidé často nepřipouštějí nebo to vše ignorují.

V případě otázky č. 12 jsem zjistila, že 56 % respondentů považuje za rizikovou věkovou skupinu osoby mezi 20. - 40. rokem života. Druhá nejpočetnější skupina 40 % dotázaných považuje za rizikovou skupinu osoby s věkem nad 60 let. Domnívám se, že si respondenti vybrali tuto odpověď proto, že si spojují roztroušenou sklerózu s degenerativními onemocněními nervové soustavy, vyskytující se ve vyšším věku, jako je například Alzheimerova choroba a jí podobná onemocnění. A neznají přesný ráz onemocnění ,jaký má roztroušená skleróza.

Předpoklad č. 3

Ve svém třetím předpokladu jsem se domnívala, že více jak polovina dotázaných respondentů zná příznaky roztroušení sklerózy. K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky č. 14, 15 a 16. Tento předpoklad se na základě mnou stanovených kritérií potvrdil. Zjistila jsem, že více jak polovina dotázaných respondentů zná příznaky, které mohou vést k diagnóze roztroušené sklerózy. Zánět očního nervu a poruchy citlivosti končetin vybralo jako svou odpověď 78 % respondentů. Můj názor je, že veřejnost zná základní problematiku příznaků souvisejících s RS, mezi které patří především poruchy hybnosti, které si také respondenti nejčastěji s tímto onemocněním spojují. Největší podíl na tom má ,podle mého mínění, vysoká míra invalidity, která se u takto nemocných lidí projevuje.

U otázky č. 15 jsem předpokládala, že alespoň polovina z dotázaných určí zrakové problémy jako prvotní příznak. I přes potvrzení mého předpokladu mě zaujaly odpovědi 46 % respondentů, kteří odpovídaly záporně. Respondenti, kteří takto odpovídali dle mého názoru netuší, že právě zrakové obtíže mohou být mezi prvními příznaky roztroušené sklerózy a zrakové obtíže si s tímto onemocněním vůbec nespojují.

Na otázku, zda lze roztroušenou sklerózu diagnostikovat již z prvotních příznaků, je 43 % respondentů toho jsem toho názoru, že z prvotních příznaků diagnostikovat nelze. Myslím si, že tuto odpověď zvolili proto, že znají diagnostiku takovýchto chorob. Domnívám se, že respondenti chápou problematiku diagnostiky roztroušené sklerózy, ke které je zapotřebí speciálních vyšetření. Dále jsem toho názoru, že prvotní příznaky jsou tak nespecifické, že je lze přisuzovat onemocněním, které se v populaci vyskytují běžněji a tím se diagnostika nemoci komplikuje, neboť pacienti nebývají ihned odesíláni na magnetickou rezonanci, která jako jediná v tomto případě může poskytnout validní výsledky.

Předpoklad č. 4

V mém čtvrtém předpokladu jsem si myslěla, že více jak polovina respondentů zná léčbu roztroušené sklerózy. K tomuto cíli se vztahovaly otázky 17, 18 a 19. Tento předpoklad se mi potvrdil, více jak polovina z dotázaných respondentů byla schopná správně zodpovědět otázky. V případě otázky č. 17 odpovědělo 80 % dotázaných respondentů, že léčba roztroušené sklerózy spočívá v léčbě symptomu, protože léčbu jako takovou prozatím nemáme. 20 % respondentů se domnívá, že roztroušenou sklerózu lze vyléčit po dlouhodobé léčbě. Nikdo z respondentů si nemyslel, že léčba je snadná. Domnívám se, že ti respondenti, kteří zvolili jako svou odpověď, že roztroušenou sklerózu lze léčit, ale její léčba je dlouhodobá, nemají dostatečnou znalost onemocnění, neboť roztroušenou sklerózu prozatím vyléčit nelze.

U otázky č. 18 respondenti v 78 % případech vybrali jako nejnovější metodu léčby roztroušené sklerózy biologickou léčbu. Domnívám se, že ji zvolili protože v dnešní době je biologická léčba na velkém vzestupu a je velmi užívanou léčebnou metodou u autoimunitních onemocnění. Veřejnost také často slyší o biologické léčbě ve spojitosti s léčbou nádorových onemocnění, což podle mého názoru tuto léčbu dostalo do povědomí veřejnosti.

Na otázku č. 19, ve které jsem se snažila zjistit co si myslí respondenti o tom, jak jsou o své léčbě informováni právě pacienti, se pouze 41 % respondentů domnívá, že jsou pacienti informováni dostatečně. Což je pro mě zajímavým zjištěním. Myslím si, že je to zapříčiněno nedostatečně rozšířenými informacemi o lidech trpících tímto onemocněním a zároveň i omezenými informacemi o léčbě.

Z mého výzkumu vyplývá, že respondenti znají léčbu roztroušené sklerózy, ale domnívám se, že tyto znalosti jsou jen okrajové a neobsahují podrobnější informace o léčbě, které by pro veřejnost byly přínosné.

Předpoklad č. 5

U mého pátého a posledního předpokladu jsem se domnívala, že by si dotázaní respondenti doplnili informace získané od zdravotnického personálu ještě z jiných zdrojů. K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 20, 21 a 22. Tento předpoklad se mi potvrdil. V otázce č. 20 jsem zjišťovala, zda respondenti považují své informace o roztroušené skleróze za dostačující. V tomto případě si 19 % respondentů myslí, že má dostatek informací. Vzhledem k tomu, že se ve výzkumu vyskytli i respondenti pracující ve zdravotnictví, domnívám se, že je zde vysoká pravděpodobnost, že tuto odpověď zvolili právě oni. 34 % respondentů by uvítalo více informací a 37 % nemá dostatek informací. Tedy více jak polovina dotázaných respondentů nepovažuje své informace za dostatečné nebo by uvítala informací více, což je pro mě zajímavým zjištěním vzhledem k dosud získaným údajům.

V případě otázky č. 21 více jak polovina dotázaných respondentů, přesněji 53 %, nepovažuje informace podané zdravotníky za dostačující a přála by si je prohloubit. Podle mého názoru je to způsobeno tím, že zdravotnický personál nemá dostatek času na to, aby mohl podat celistvé informace, popřípadě je dotyčnému v klidu zopakovat nebo nechat mu ponechat čas a prostor na dotazy. Je také možné, že mezi zdravotníky a laiky je jistá překážka v komunikaci, vzhledem k používání odborných výrazů. Myslím si, že to často může vést k nedostatečnému pochopení celé věci ze strany pacienta a dále i k pozdějším nedorozuměním.

Zajímavým zjištěním v otázce č. 22 pro mě bylo, že 38 % respondentů by získalo informace od odborníka a pouze 30 % respondentů by zvolilo internetové zdroje. Vzhledem k dnešní době kdy je internet nedílnou součástí našich životů, mě zaujalo, že by respondenti více vyhledávali právě odborné poradenství. Domnívám se, že na to má vliv především kvalita podaných informací, které jsou od odborníka ověřené, oproti internetovým zdrojům, kde dané informace nemusí být validní.

12 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak je veřejnost informována o roztroušené skleróze. Dále jsem zjišťovala, co veřejnost ví o rizikových faktorech, příznacích a léčbě tohoto onemocnění.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V první kapitole teoretické části jsem shrnula základní anatomii nervové soustavy a popis nervového vlákna. Dále je zde shrnuta historie onemocnění od prvních zmínek po současnost, patogeneze, etiologie, typy RS a epidemiologie. V neposlední řadě jsou zde také zmíněny nejčastější příznaky tohoto onemocnění. Druhá kapitola se věnuje diagnostickým metodám využívaných k diagnostice onemocnění jako je RS. Léčba je shrnuta ve třetí kapitole. Je rozdělena do několika skupin na léčbu roztroušené sklerózy, léčbu symptomů a rehabilitační léčbu. V poslední kapitole je popsána sociálně - právní stránka roztroušené sklerózy a také jsou zde uvedeny některé organizace, které se tímto onemocněním zabývají.

V praktické části bakalářské práce jsem se věnovala znalostem veřejnosti o roztroušené skleróze. K tomu jsem využila kvantitativního výzkumného šetření pomocí dotazníků. Mým cílem bylo zhodnotit znalosti, které má veřejnost, zda vůbec zná pojem roztroušená skleróza a jaké jsou její rizikové faktory. Dále jsem zjišťovala, zda veřejnost zná příznaky a léčbu tohoto onemocnění. Jako poslední jsem ve svém výzkumu zabývala tím, zda by pro respondenty byly dostačující informace podané zdravotnickým personálem či nikoliv. Předpoklady, které jsem si stanovila, se mi potvrdily.

Po vyhodnocení všech získaných údajů jsem dospěla k závěru, že veřejnost zná roztroušenou sklerózu, ale přesto respondenti nepovažují svoje informace o tomto onemocnění za zcela dostatečné. 34 % dotazovaných respondentů by chtělo své informace prohloubit a 37 % respondentů se domnívá, že je na toto téma nedostatečně informováno.

Myslím si, že veřejnost má informace o roztroušené skleróze, ale tyto informace jsou jen okrajové a bylo by potřebné je dál rozšířit a prohloubit. Domnívám se, že někteří respondenti neznají podstatu onemocnění a je pravděpodobné, že ho zaměňují za jiné neurodegenerativní onemocnění.

Zajímavým zjištěním pro mě byla informace o rozšíření propagačního materiálu, u kterého si více jak polovina všech dotázaných respondentů není jista, zda ho viděla, a nebo

takovýto materiál neviděla vůbec. Na toto zjištění proto také navazuje můj poslední cíl a výstup mé bakalářské práce.

Výstupem mé bakalářské práce je edukační leták shrnující podstatu onemocnění a upozorňující veřejnost na tuto problematiku. Jeho cílem je se přiblížit a předat širokému okolí základní a podstatné informace o RS především o rizikových skupinách a prvních příznacích.

Leták lze rozdat do čekáren ordinací praktických lékařů a na veřejná místa tak, aby byl pro veřejnost co nejlépe dostupný.

LITERATURA A PRAMENY

1. HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. 1. vyd. Praha: MLADÁ FRONTA, 2013. 488 s. ISBN 978-80-204-3154-7.
2. ŘASOVÁ, Kamila. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných*. 1. vyd. Praha: Ceros, 2007. 136 s. ISBN 978-80-239-9300-4.
3. VANĚČKOVÁ, Manuela, SEIDL, Zdeněk. *Magnetická rezonance a roztroušená skleróza mozkomíšni*. 1. vyd. Praha: MLADÁ FRONTA, 2010. 152 s. ISBN 978-80-204-2182-1.
4. SCHMIDT, Rudolf, HOFFMANN, Frank. *Multiple Sklerose: aktuelles Wissen für die klinische Praxis*. 1. vyd. München: Urban & Fischer Verlag, 2012. 417 s. ISBN 978-3-437-22082-1.
5. PETERMAN SCHWARZ, Shelley. *Roztroušená skleróza: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2345-7.
6. JANDOROVÁ, Jitka. *Pohybová aktivita při skleróze multiplex*. Brno, 2008. *Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA, Fakulta sportovních studií, Katedra podpory zdraví. Vedoucí práce Mgr. Lenka Beránková.*
7. HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 161 s. ISBN 978-80-7492-189-6.
8. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
9. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dop l. vyd. Praha: Grada, 2015, 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
10. SILBERNAGL, Stefan, LANG, Florian. *Atlas patofyziologie*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012, 406 s. ISBN 978-80-247-3555-9.
11. LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.

12. FIALA, Pavel, VALENTA, Jiří, EBERLOVÁ Lada. Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5.
13. FUSEK, Martin. Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 219 s. ISBN 978-80-247-3727-0.
14. KRATINOVÁ, Eva. Roztroušená mozkomíšní skleróza. *Sestra*. 2011, 6, s. 25-26. ISSN. 1210-0404
15. NOVOTNÁ, Martina .Roztroušená skleróza a novinky v její léčbě. *Sestra*. 2010, 2, s. 74-76 ISSN. 1210-0404
16. ONDŘIOVÁ, Iveta. Psychosociální atributy diagnózy sclerosis multiplex , *Sestra*, 2011, 2, s. 69 - 70 ISSN. 1210-0404
17. BRZYBOHATÁ, Alena. Úloha sestry při informovanosti veřejnosti o roztroušené skleróze. Bratislava, 2009. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava. Vedoucí práce Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
18. BÁRTOVÁ, Lucie. Kvalita života osob s roztroušenou sklerózou. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Lucie Procházková, Ph.D.
19. JAKEŠOVÁ, Lucie. Roztroušená skleróza jako nucený životní styl. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Matlasová.
20. ROKYTA, Richard, MAREŠOVÁ Dana, TURKOVÁ Zuzana. Somatologie: učebnice. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, 259 s. ISBN 978-80-7478-514-6.
21. PREISS, Marek, PŘIKRYLOVÁ, KUČEROVÁ Hana. Neuropsychologie v neurologii. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 362 s. Grada. ISBN 80-247-0843-4.

22. WINGERCHUK, Dean. M. Smoking: effects on multiple sclerosis susceptibility and disease progression. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* [online]. 2012, 5(1): 13-22 [cit. 2015-12-28]. DOI: 10.1177/1756285611425694. ISSN 1756-2856. Dostupné z: <http://tan.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1756285611425694>
23. RS a urologie. Aktivní život [online]. [cit. 2015-12-29]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/zivot-s-rs/rs-a-urologie/>
24. RS a sexualita. Aktivní život [online]. [cit. 2015-12-29]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/zivot-s-rs/rs-a-sexualita/>
25. HRADÍLEK, Pavel. RS a poruchy nálady. Aktivní život [online]. [cit. 2015-12-29]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/zivot-s-rs/rs-a-poruchy-nalady/>
26. VOLNÁ, Jana. RS a těhotenství. *Aktivní život* [online]. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/zivot-s-rs/rs-a-tehotenstvi/>
27. SESTRY V AKCI. [online]. [cit. 2015-12-30]. Dostupné z: <http://www.sestryvakci.eu/>
28. NADAČNÍ FOND IMPULS. [online]. [cit. 2016-01-15]. Dostupné z: <http://www.multiplesclerosis.cz/>
29. UNIE ROSKA: O nás [online]. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.roska.eu/o-nas-obecne/index.php>
30. VALEŠOVÁ, Monika. Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012, 56 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

SEZNAM ZKRATEK

RS - Roztroušená skleróza

CNS - Centrální nervový systém

PNS - Periferní nervový systém

VNS - Vegetativní nervový systém

EB - Virus Epstein-Barrové

EBNA - specifické protilátky proti viru Epstein-Barrové

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů

Graf č.2 - Věkové rozdělení

Graf č. 3 - Místo bydliště

Graf č. 4 - Znalost onemocnění

Graf č. 5 - Nejvyšší ukončené vzdělání

Graf č. 6 - Práce ve zdravotnictví

Graf č. 7 - Znalost propagačního materiálu o RS

Graf č. 8 - Názor respondentů na informovanost pacientů s onemocněním RS

Graf č. 9 - Setkání s osobou, která má diagnózu RS

Graf č. 10 - Rizikový faktor pro RS

Graf č. 11 - Riziko pro vznik RS

Graf č. 12 - Výskyt RS dle věku

Graf č. 13 - Prevence RS

Graf č. 14 - Příznaky RS

Graf č. 15 - Zrakové problémy jako příznak RS

Graf č. 16 - Diagnostika RS z prvních příznaků

Graf č. 17 - Léčitelnost RS

Graf č. 18 - Druh léčby RS

Graf č. 19 - Názor na informovanost pacientů s RS o léčbě

Graf č. 20 - Informovanost veřejnosti o RS

Graf č. 21 - Podání informací od zdravotnického personálu

Graf č. 22 - Získání informací o RS

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 - Edukační leták

PŘÍLOHY

Příloha č. 1



Dobrý den,

jmenuji se Eva Nováková a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, obor všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se věnuji tématu Roztroušené sklerózy (RS) a znalosti veřejnosti o tomto onemocnění. Svůj výzkum provádím pomocí těchto zcela anonymních dotazníků, které poslouží pouze ke zpracování údajů v mé práci a nebudou nikde zveřejňovány. Tímto jsem Vás chtěla požádat, zda byste věnovali pár minut svého času k vyplnění a pomohli tak zjistit, jak je veřejnost informována a jaké má znalosti o tomto onemocnění.

V dotazníku je možná vždy pouze jedna odpověď správná, proto si prosím vždy pečlivě přečtete otázku a vyberte pouze jednu možnost, kterou označte křížkem.

1) Jaké je vaše pohlaví :

- žena
- muž

2) Do jaké věkové skupiny patříte:

- 15 -30 let
- 31 - 45 let
- 46-60 let
- 61 a více let

3) Jaké je místo Vašeho bydliště:

- město nad 50 000 obyvatel
- město nad 15 000 obyvatel
- město pod 15 000 obyvatel
- obec pod 2000 obyvatel

4) Slyšel/a jste někdy o onemocnění RS:

- ano
- ne
- nevím

5) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

6) Pracujete ve zdravotnictví:

- ano
- ne

7) Viděl/a jste někdy propagační materiál (leták, brožuru atd.) o RS:

- ano
- ne
- nevím

8) Myslíte si, že pacienti s RS mají o své nemoci dostatek informací :

- ano
- ne
- nevím

9) Setkal/a jste se někdy ve svém okolí s člověkem s touto diagnózou:

- ano
- ne
- nejsem si jistý/á
- nevím

10) Rizikovým faktorem pro vznik RS je :

- obezita

- aktivní užívání drog
- časté střídání sexuálních partnerů
- kouření

11) Větší riziko pro vznik RS mají:

- muži
- ženy

12) RS se nejvíce vyskytuje:

- v dětství
- mezi 20 - 40 rokem života
- nad 60 let

13) Jako prevence RS je důležité doplňovat:

- vitamín C
- měď
- vitamín D
- železo

14) Příznaky RS jsou :

- zvracení, průjem, zvýšená teplota
- bolest na hrudi, pocení, třes
- zánět očního nervu, změna citlivosti končetin
- kašel, rýma, únava

15) Zrakové problémy jsou jedním z prvotních příznaků:

- ano
- ne

16) Myslíte si, že lze diagnostikovat RS už z prvních příznaků:

- ano
- ne
- nevím

17) RS je onemocnění, které :

- lze léčit snadno
- lze léčit, ale léčba je dlouhodobá
- primární příčinu prozatím nelze vyléčit, léčba spočívá v léčbě symptomů (příznaků)

18) Nejnovější léčbou RS je:

- Fototerapie - léčba světlem
- Radiční léčba - léčba zářením
- Biologická léčba - u RS imunosuprese
- Cytostatická léčba - léčba pomocí chemoterapie

19) Myslíte si, že lidé trpící RS jsou dostatečně informováni o možnostech léčby:

- Ano
- Ne
- Nevím

20) Myslíte si, že máte dostatek informací o RS:

- ano mám dostatek informací
- uvítal/a bych více informací
- nemám dostatek informací
- toto téma mě nezajímá

21) Myslíte si, že informace podané zdravotnickým personálem by pro Vás byly dostačující nebo byste si je rozšířily z jiných zdrojů:

- ano, informace by pro mě byly dostačující
- ano, ale informace bych si dál prohloubil/a sám/sama
- ne, informace bych si zajistil/a sám/ sama

22) Jakou formou byste tyto informace získal/a:

- konzultací s odborníkem
- z literatury
- z internetových zdrojů
- od známých

■ z jiných zdrojů

Závěrem Vám chci poděkovat za vyplnění mého dotazníku, v případě zájmu či nejasnosti mě prosím neváhejte kontaktovat na novakova@students.zcu.cz

