

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Michal Novák

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Michal Novák

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 12. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Posseltové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům Neurologické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni za poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Michal Novák

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 55

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 0

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: roztroušená skleróza mozkomíšní, MS Centrum, neurologické onemocnění, CIS

Souhrn:

Tato práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče a edukace klientů, kteří trpí roztroušenou sklerózou. Roztroušená skleróza je chronické invalidizující onemocnění, které postihuje jedince bez rozdílu věku i pohlaví. Toto onemocnění se odráží na kvalitě života postiženého jedince, proto je velmi důležitá úloha právě všeobecné sestry. Všeobecná sestra je důležitou součástí péče o takového pacienta, ať už na lůžkovém nebo ambulantním oddělení ve zdravotnickém zařízení nebo v domácí péči. Je běžné, že pacienti se mohou během svého života potýkat s problémy, které souvisí nejen s léčbou, ale také s praktickými činnostmi v životě. Všeobecná sestra by měla být připravena poskytnout potřebnou pomoc, ať už se týká problémů fyzických, psychických nebo sociálních. Také by měla mít přehled o tom, jak se o takto nemocného pacienta postarat na standardních lůžkových odděleních různého zaměření.

Annotation

Surname and name: Michal Novák

Department: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Nursing care of patient with multiple sclerosis

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 55

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 0

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 30

Keywords: multiple sclerosis, MS Center, Neurological disease, CIS

Summary:

This essay deals with problematics of nurses care and education of patients with multiple sclerosis. Multiple sclerosis is a chronic debilitating disease, which affects people without differences of age or gender. This disease affects a life quality of affected person, and because of it is a role of nurse very important. The nurse is important part of care in hospital and home too. Usually patients must to deal with problems not only because of treatment, but practical procedures in their life too. The nurse should be able to give them help with physical, psychical or social problems. An overview, how to take care about this patient, is very important too.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ANATOMIE NERVOVÉHO SYSTÉMU A MOZKU	9
1.1 Základy neurologie	9
1.2 Mícha a míšní nervy.....	9
1.3 Mozek a jeho členění	10
1.3.1 Prodloužená mícha (<i>medulla oblongata</i>).....	10
1.3.2 Střední mozek (<i>mesencephalon</i>).....	11
1.3.3 Mozeček (<i>cerebellum</i>)	11
1.3.4 Mezimozek (<i>diencephalon</i>)	11
1.3.5 Přední mozek (<i>telencephalon</i>).....	11
2 CO JE TO ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA?.....	12
2.1 Podstata roztroušené sklerózy.....	12
2.1.1 Role myelinu při RS.....	12
2.2 Klinický obraz RS.....	13
2.2.1 Typy RS	13
2.2.2 Příznaky RS	14
2.3 Diagnostika RS	15
2.3.1 Vyšetření pomocí magnetické rezonance	15
2.3.2 Vyšetření pomocí lumbální punkce	15
2.4 Léčba RS.....	16
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU ...	16
3.1 Úloha sestry	16
3.2 Ošetrovatelský proces u pacienta s RS	17
3.2.1 Posouzení, anamnéza a fyzikální vyšetření	17
3.2.2 Diagnostika	18
3.2.3 Plánování.....	19
3.2.4 Realizace a intervence.....	19
3.2.5 Zhodnocení	19
3.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s RS.....	19
3.3.1 Nozokomiální infekce.....	20
3.3.2 Hygiena pacienta.....	20
3.3.3 Prevence pádu	20
3.3.4 Inkontinence.....	21
3.3.5 Duševní stav pacienta	21

3.4	Ambulantní péče, edukace pacienta a MS centra	21
3.4.1	MS centra	21
3.4.2	Edukace a podpora pacienta.....	22
4	PSYCHIKA PACIENTA S RS.....	23
4.1	Pacient a chronické onemocnění.....	23
4.2	Charakteristika krize	24
4.3	Invalidizace	24
4.4	Deprese	25
4.5	Psychoterapie a její účinky při léčbě RS.....	25
4.6	RS a křesťanská víra	27
	PRAKTICKÁ ČÁST	28
5	OBECNÁ ČÁST	28
5.1	Výzkumné šetření	28
5.1.1	Formulace problému	28
5.1.2	Cíl výzkumu.....	28
5.1.3	Operacionalizace pojmů a zkratky.....	29
5.1.4	Výzkumné otázky	29
5.1.5	Druh výzkumu a výběr metodiky	29
5.1.6	Metoda	29
5.1.7	Výběr případu	29
5.1.8	Způsob získávání informací.....	30
5.1.9	Organizace výzkumu	30
6	KAZUISTIKA Č. 1	31
6.1	Anamnéza	31
6.2	Katamnéza.....	31
6.3	První setkání s pacientkou	32
6.4	Hospitalizace.....	33
6.5	Model Hendersonové během hospitalizace pacientky.....	35
6.6	Ošetrovatelské problémy aktuální.....	36
6.6.1	00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně	36
6.6.2	00124 Beznaděj.....	37
6.6.3	00148 Strach	37
6.6.4	00146 Úzkost	38
6.7	Ošetrovatelské problémy potenciální.....	39
6.7.1	00152 Riziko bezmoci	39
6.7.2	00004 Riziko vzniku infekce	39
6.7.3	00044 Riziko porušení kožní integrity.....	39

6.7.4	00155 Riziko pádu	40
7	KAZUISTIKA Č. 2	41
7.1	Anamnéza	41
7.2	Katamnéza.....	42
7.3	První setkání s pacientem.....	42
7.4	Hospitalizace.....	43
7.5	Doporučení a poslední medikace při propuštění.....	44
7.6	Model Hendersonové během hospitalizace pacienta	44
7.7	Ošetrovatelské problémy aktuální.....	45
7.7.1	00095 Porušený spánek.....	45
7.7.2	00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně	46
7.7.3	00007 Hypertermie	46
7.7.4	00134 Nauzea.....	47
7.8	Ošetrovatelské problémy potenciální.....	47
7.8.1	00004 Riziko infekce	47
7.8.2	00155 Riziko pádu	47
8	MŮJ DEN V MS CENTRU – EDUKACE PACIENTŮ	49
9	DISKUZE.....	53
10	ZÁVĚR	55
11	ZDROJE.....	56
12	SEZNAM ZKRATEK.....	59
13	SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Ve své kvalifikační práci se zabývám demyelinizačním onemocněním, které nazýváme roztroušená skleróza mozkomíšní. Jedná se o onemocnění, které postihuje centrální, a následně také periferní nervový systém. Projevuje se souborem různých příznaků, které se mohou a nemusí u postiženého jedince objevit.

Roztroušená skleróza mozkomíšní je v první řadě nevléčitelné onemocnění. Léčba sice existuje, nicméně pouze zpomaluje progresi onemocnění a potlačuje nežádoucí příznaky. Jelikož se jedná o nevléčitelné onemocnění, které postiženého jedince provází až do sklonku jeho života, velkou úlohu tu hrají zdravotníci – lékaři, ale také samozřejmě všeobecné sestry. Lékař poskytuje postiženému jedinci vhodnou léčbu a včas reaguje na změny, které se mohou během léčby vyskytnout. Velkou úlohu však hraje všeobecná sestra, která, pokud má dostatečné znalosti o roztroušené skleróze, dokáže poskytovat adekvátní vysoce odbornou ošetrovatelskou péči a je schopna být postiženému oporou.

Roztroušená skleróza je onemocnění, které postihuje jedince víceméně bez rozdílu věku nebo pohlaví (ač pravděpodobně více postihuje ženy). Tato diagnóza se dostává za poslední léta do podvědomí společnosti i zdravotníků samotných. Je spojena s vysokou mírou invalidizace lidí v mladém produktivním věku, a proto je třeba počítat také s psychickými problémy, nejen fyzickými.

Všeobecná sestra se během své práce může poměrně snadno s takovým pacientem setkat. Pokud nepracuje na neurologii, mnohdy ani nemusí přesně tušit, jak se onemocnění projevuje nebo co pacient prožívá. V důsledku toho poté může dojít k různým nedorozuměním, ať ze strany sestry nebo pacienta. Dnes už všeobecná sestra ví, že se na pacienta musí dívat holisticky, tedy nejen ze stránky fyzické, ale také psychické a sociální. To bohužel nebylo vždy pravidlem a vznikala řada konfliktů.

Cílem práce je přinést poznatky o tom, jak v praxi probíhá ošetrovatelská péče o jedince s tímto onemocněním, zjistit, zda je dostatečná, a případně přinést nové podněty pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce se zabývám anatomii nervového systému a následně stručnou patogenezi, diagnostikou a léčbou roztroušené sklerózy. Považuji za potřebné se věnovat těmto tématům, protože ve většině případů právě z nich vychází intervence všeobecné sestry.

1 ANATOMIE NERVOVÉHO SYSTÉMU A MOZKU

Nervový systém představuje jednu z nejsložitějších soustav v lidském těle a zároveň ukrývá tajemství, která dodnes nebyla odhalena. Také je třeba si uvědomit, že právě nervová soustava je strůjcem veškerých pochodů v našem těle. Bohužel stejně jako ostatní orgánové soustavy ale může podlehnout onemocněním.

1.1 Základy neurologie

Úkolem nervového systému je příjem a zpracování informací a následná odpověď. Také se svým způsobem podílí na udržování homeostázy. Z hlediska anatomie můžeme nervový systém rozdělit na centrální (CNS) a periferní (PNS). Součástí CNS je mozek a mícha, PNS je tvořený mozkovými, autonomními a míšními nervy. (Dylevský, 2009)

Základní stavební a funkční jednotkou nervového systému je neuron. Je tvořený buněčným tělem, ze kterého vychází axon, výběžek vedoucí vzruchy směrem od buňky a řada menších výběžků, dendritů, které vedou vzruchy k buňce. Neuron má tři základní funkce, trofickou, sekreční a specifickou. Trofická funkce je vázána na vnitřek buňky a je nezbytná pro funkční výkonnost neuronu. Sekreční funkce spočívá v uvolnění chemických látek, nezbytných pro přenos. Specifická funkce zahrnuje schopnost vytvářet a přenášet vzruchy.

„Kromě neuronů obsahuje nervový systém gliální buňky (podpůrné). Patří sem astrocyty, které se podílejí na strukturální podpoře neuronů a regulaci metabolismu, a oligodendrocyty, které vytvářejí myelinovou pochvu kolem axonů CNS.“ (Ambler, str. 14, 2011)

1.2 Mícha a míšní nervy

Hřbetní mícha (*medulla spinalis*) je sloupec, tlustý asi jako lidský palec a je uložena v páteři. Je nutné si uvědomit, že délka páteře a míchy vzájemně nekorespondují – mícha je kratší. V bederní oblasti se mícha větví. Tomuto místu říkáme „koňský ohon“ (*cauda*

equina). Na přední straně míchy pozorujeme hluboký zářez, stejně jako na zadní straně. Tyto zářezy naznačují rozdělení míchy na dvě poloviny. V každé polovině nacházíme žlábků, přičemž v předním žlábků probíhají motorická vlákna, vytvářející přední míšní kořeny, zadním žlábkem poté probíhají vlákna senzitivní, tvořící zadní míšní kořeny. Oblast, kde vystupuje pár těchto nervových vláken nazýváme míšním segmentem. Při řezu míchou pozorujeme bílou a šedou míšní hmotu. Uprostřed se nachází šedá hmota, mající motýlovitý tvar, ve které se nachází především nervové buňky. Šedá hmota vybíhá v přední a zadní míšní rohy – ty přední se skládají převážně z jader, kdy jejich axony jsou motorickými vlákny míšních nervů. Označují se jako motoneurony. Zadní míšní rohy obsahují jádra, u nichž končí senzitivní vlákna míšních nervů. Pokud dojde k poškození vláken v oblasti předních míšních rohů, pozorujeme projevy obrny krátkých svalů končetin, nikoliv poruchy citlivosti. O spojení uvnitř míchy se starají tzv. interneurony, skupiny buněk v šedé míšní hmotě.

Míšní nervy následně můžeme rozdělit na nervy krční (8 párů), hrudní (12 párů), bederní (5 párů), křížové (5 párů) a kostrční (1 pár). Vystupující míšní nervy tvoří pleteně, ze kterých poté vycházejí jednotlivé nervy do končetin nebo trupu. (Dylevský, 2009)

1.3 Mozek a jeho členění

1.3.1 Prodloužená mícha (*medulla oblongata*)

Jedná se o přímé pokračování míchy hřbetní. Prodloužená mícha se rozšiřuje a pokračuje tzv. Varolovým mostem. Ten tvoří jakýsi mohutný „límeček“ okolo dolní plochy prodloužené míchy. Na horní ploše prodloužené míchy najdeme mozeček, po jehož odnětí lze pozorovat čtvrtou mozkovou komoru. Do této komory ústí centrální míšní kanálek. Prodlouženou míchu tvoří šedá hmota, ve které jsou obsaženy nervové buňky, a hmota bílá, obsahující vlákna descendentních a ascendentních drah. Přední plochu prodloužené míchy tvoří dva podélné valy, vedoucí vlákna pyramidové dráhy. V souvislosti s prodlouženou míchou mluvíme ještě o tzv. retikulární formaci. Jedná se o pás buněk, táhnoucí se pod spodinou čtvrté mozkové komory od thalamu přes střední mozek až po krční míchu. Retikulární formace se stará o převod vzruchů mezi vzdálenějšími částmi centrálního nervového systému. Je tu uloženo například dýchací centrum, vazomotorické ústředí a centrum pro regulaci srdeční činnosti. (Dylevský, 2009)

1.3.2 Střední mozek (*mesencephalon*)

Střední mozek je jakýsi krátký oddíl mozkového kmene, nacházející se mezi mostem a koncovým mozkem. Jeho spodní stranu tvoří mohutné valy, spojující střední mozek s hemisférami. Ze středního mozku vybíhají čtyři hrboly. Zatímco horní dva hrboly jsou o něco větší a představují podkorové zrakové centrum, dolní dva představují primární centrum sluchu. Ve středním mozku nacházíme také dvě jádra – černé a červené. Černé jádro (*nucleus niger*) představuje přepojovací centrum pro okruh mimopyramidových drah, červené jádro (*nucleus ruber*) je zapojené právě do soustavy mimopyramidových drah. (Dylevský, 2009)

1.3.3 Mozeček (*cerebellum*)

Mozeček představuje největší strukturu zadního mozku. Střední část mozečku tvoří *červ*, na který navazují a nasedají dvě *mozečkové polokoule*. Celá tato struktura je pokryta kůrou mozečku, která tvoří záhyby, a rýhami je členěna na drobnější laloky. Mozeček je spojen s mozkovým kmenem třemi párovými stonky – horním, dolním a středním. Horní stonek spojuje mozeček se středním mozkem, mezimozkem a retikulární formací, střední stonek s jádry mostu a dolní stonek zprostředkovává dráhy jdoucí z oliv.

Mozeček spravuje koordinaci našeho těla a naše svalové napětí. Jeho poškození se tedy projevuje ztrátou rovnováhy, pohybové koordinace a snížením svalového napětí. (Dylevský, 2009)

1.3.4 Mezimozek (*diencephalon*)

Mezimozek tvoří thalamus a hypothalamus. Thalamus je těleso vejčitého tvaru, uložené v každé hemisféře. Mezi oběma thalamy nalezneme třetí mozkovou komoru. Thalamus se označuje také jako „brána vědomí“ – informace, které thalamus nepustí dál do mozku, pro nás neexistují, ale to automaticky neznamená, že nejsou! Tímto mechanismem se mozek brání před přílivem přílišného množství informací.

1.3.5 Přední mozek (*telencephalon*)

Přední mozek je tvořen dvěma hemisférami, navzájem spojenými kalózním tělesem. Zevní vrstva hemisfér je bohatě vrstvena a zvrásněna na menší záhyby, které zvětšují samotnou plochu předního mozku. Hlubší rýhy poté označují jednotlivé laloky – čelní, temenní, spánkový, týlní. Jednotlivé laloky jsou členěné do dalších oblastí (tzv. gyrů), ale to pro účely této práce není podstatné. (Dylevský, 2009)

2 CO JE TO ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA?

V této kapitole se zabývám samotným onemocněním. Jeho podstatu je potřeba pochopit pro správně poskytovanou péči, ať ambulanti nebo lůžkovou. Pokud má všeobecná sestra dostatek znalostí o tomto onemocnění, je zárukou kvalitně poskytované péče.

2.1 Podstata roztroušené sklerózy

Již bylo zmíněno, že se jedná o onemocnění, které napadá centrální nervový systém. Je to autoimunitní choroba, kdy dochází k napadání vlastních nervových buněk a k odbourávání myelinu, který je nutný pro sílu a rychlost přenosu vzruchu. Pokud myelin není přítomen, vzruch je přenesen zpomalně. Pozorujeme také ztrátu axonů. Proč vlastně toto onemocnění vzniká, není známo. Také dosud nebyl objeven žádný lék, který by dokázal postiženého vyléčit. Lze pouze zpomalit progresi onemocnění. Problémem je, že může způsobit invaliditu i velmi mladých lidí, nejčastěji ve věku 20. – 40. roku čili v produktivním období, proto je tu registrován nemalý dopad i na psychiku pacienta. Průměrný věk při stanovení diagnózy je 31 let.

2.1.1 Role myelinu při RS

Myelin je tuková vrstva, obalující axony, která napomáhá přenosu vzruchu a zároveň slouží také k ochraně a výživě nervových buněk. Bez myelinu by nervová vlákna odumřela. Je produkován oligodendrocyty, o kterých jsem se zmiňoval výše. Myelinový obal se však nenachází na všech vláknech, protože je náročný na prostor. Myelin se tedy nachází pouze na vláknech, kde je potřeba rychlého přenosu vzruchu, například u svalových vláken. Axony, které řídí vnitřní orgány, myelinizované nejsou, protože není potřeba vzruch přenést tak rychle.

Myelin na axonech vytváří tzv. Ranvierovy zářezy. Někteří neurologové tento jev nazývají „buřtíky na šňůrce“. Ranvierovy zářezy napomáhají rychlejšímu přenosu vzruchů.

Při roztroušené skleróze dochází k zánětlivému procesu, kdy se myelin odbourává. Dochází sice k jeho obnově, ale již ne v takové míře, myelin již není tak silný a zářezy jsou blíže u sebe. Přenos vzruchů je tedy obnoven, ale je pomalejší.

Došlo ke zjištění, že hlavním problémem není pouze samotná demyelinizace, ale také destrukce axonů v zánětlivých ložiscích (plakách). Axony se roztrhají a neexistuje

žádný způsob, jak je lze znovu spojit. Pouze v periferních nervech jsou axony částečně schopné se obnovit. (ereska-aktivne.cz, 2017)

2.2 Klinický obraz RS

Roztroušená skleróza je typická souborem určitých příznaků. Často souvisí s tzv. optickou neuritidou (neuromyelitis optica). Příznaky se ve své podstatě tolik neliší, ale rozlišujeme 3 typy RS, které se od sebe liší průběhem i progresí onemocnění.

2.2.1 Typy RS

Prvním typem je tzv. relaps – remitentní forma (Relapsing-remitting MS). Jedná se o nejčastější typ RS. Je charakteristická náhlým nebo stupňovaným projevem neurologických příznaků (relapsem) – vertigo, napadání na jednu stranu, omdlévání, zvracení, bolesti hlavy, zmatenost. Někdy se pacienti mylně domnívají, že mají iktus. Poté dojde k tzv. remisi – vymizení nebo zklidnění neurologických příznaků a ustálení na určité úrovni. Bohužel nedochází k prodloužení remitentního období na úkor relapsů, spíše naopak. Relaps – remitentní forma se dále dělí na aktivní formu (s relapsy), neaktivní (bez relapsů) a zhoršující se (relapsy jsou častější a remitentní období se zkracuje).

Dalším typem je tzv. primárně progresivní forma (Primary progressive MS), která je charakterizována zhoršujícími se neurologickými potížemi bez předchozích relapsů, kdy však nedochází k žádnému zlepšení ani k remisím. Primárně progresivní forma se dále dělí na aktivní (s příležitostným relapsem), neaktivní, dále poté na progresivní (jasně se zhoršující relaps) nebo bez progresu (potíže se ustálí na určité úrovni).

Sekundárně progresivní forma (Secondary progressive MS) navazuje na relaps – remitentní typ, kdy po období relapsu nedojde ke kompletní remisi, ale potíže zůstanou na určité úrovni (například akumulace disability). Tento typ opět dělíme na aktivní, neaktivní, s progresí nebo bez progresu.

Existuje také vzácná forma RS, tzv. Marburgův typ. Je specifický tím, že postihuje převážně mladé lidi. Celkovému zhoršení předchází horečnaté stavy, později se přidává zmatenost, bolesti hlavy, nevolnost. Progrese onemocnění je velmi rychlá, trvá v řádu týdnů až měsíců a nezřídka vede ke smrti jedince. Pozorujeme léze, které jsou daleko více destruktivní než u ostatních typů RS, dochází i k nekróze nervových buněk. (Seidl, 2015)

Speciální kapitolou je tzv. klinicky izolovaný syndrom (Clinically Isolated Syndrome – CIS). Jedná se o soubor neurologických příznaků, které jsou způsobeny

zánětem a demyelinizací v CNS. Tyto příznaky musí trvat alespoň 24 hodin. Příznaky jsou charakteristické pro RS, nicméně stále ještě nesplňují kritéria pro diagnózu tohoto onemocnění – CIS totiž může a nemusí automaticky vyústit v RS. (National MS Society, 2017)

2.2.2 Příznaky RS

Existuje celá škála příznaků, kterými se onemocnění projevuje. Rozsah a závažnost obtíží závisí na úrovni postižení a také na místě, kde se plaky nacházejí. Příznaky můžeme rozdělit na typické a netypické. Mezi typické příznaky patří optická neuritida, o které jsem se zmiňoval výše. Jedná se o zánět očního nervu, která se může projevit poruchou zraku nebo zamlžením různého stupně. Pacient má pocit, že vše vidí mlhavě a nemůže zaostřit. Porucha zraku může progredovat během několika málo dní nebo se s ní pacient dokonce probudí.

Mezi první příznaky, kterými se onemocnění projevuje, patří poruchy cití. Protože mají tendenci ke spontánní regresi, bývají často pacienti i lékaři podceňovány. Řadíme sem různé typy parestesií, hypestesií, hyperstesií apod.

Poruchy hybnosti jsou způsobeny plaky, které se nachází v oblasti pyramidové dráhy. Pacienti mohou zpozorovat zakopávání při chůzi, neobratnost končetin, a dokonce mohou mít problémy s chůzí po schodech.

Do závažných typických příznaků můžeme zařadit postižení mozečku. Bývá totiž nepříznivým znamením a bývá rezistentní k terapii. Jelikož se v mozečku nachází centrum rovnováhy, pacient může pociťovat tah ke straně při chůzi, lze zpozorovat i „opileckou chůzi“, zvyšuje se riziko pádu. Objevuje se také tremor, který je pro postiženého velmi limitující – předměty mu vypadávají z ruky, rozlévá čaj a podobně. Dochází však k progresi, a to má poté velký vliv na sebeobsluhu.

Velmi obtěžující může být i sexuální dysfunkce. Provází sfinkterové poruchy. Řadíme sem pokles libida, problémy s erekcí a ejakulací, problémy s dosáhnutím orgasmu. Právě sexuální dysfunkce je jednou z oblastí, se kterou se nemocní velmi špatně vyrovnávají a ze které mají strach.

V neposlední řadě mezi nespecifické příznaky patří únava. Únavou trpí přes 80 % postižených. Paradoxně je právě únava jednou z příčin, která dokáže postiženého invalidizovat a omezovat jej v denních činnostech. Stupeň únavy kolísá několikrát během

dne nezávisle na tom, co postižený právě dělá. Obvykle je nucen si jít na chvíli lehnout, aby poté mohl pokračovat v činnosti. (Sládková, 2015)

2.3 Diagnostika RS

2.3.1 Vyšetření pomocí magnetické rezonance

Diagnostika RS se vyvíjí více než 50 let. Mezi první diagnostické metody se zařadila magnetická rezonance. Právě magnetická rezonance (MR) se zařadila mezi klíčové metody v diagnostice tohoto onemocnění (Daňová a Klímová, 2011).

Funkční magnetická rezonance (fMR) funguje na principu mapování oblastí v mozku, které se aktivují během pohybu. Kvantifikuje okysličení krve a je schopna zobrazit oblasti s větším průtokem krve. V tomto případě se užívá technika, závisající na stupni okysličení krve (Blood Oxygen Level – Dependent – BOLD), která snímá aktivitu mozku. fMR je schopna indikovat, že brzy po vzplanutí choroby se objevuje kortikální reorganizace, pokračující dále během onemocnění. (Vaněčková, 2008)

2.3.2 Vyšetření pomocí lumbální punkce

Vyšetření spočívá v odběru mozkomíšního moku (likvoru). Jedná se o čirou bezbarvou tekutinu, která se nachází v oblasti subarachnoidia v mozku a míše, dále také v mozkových komorách. Tvorba a vstřebávání likvoru by měla být v rovnováze (jedná se přibližně o 150 ml), protože slouží nejen k transferu některých důležitých živin, ale také chrání mozek před poraněním o lebku. Než došlo k rozvoji zobrazovacích metod, byla lumbální punkce (LP) jedinou možností, díky které se daly prokázat zánětlivé procesy v nervovém systému. K většímu rozvoji a rozmachu došlo v posledních 30 letech. (Havrdová, 2013).

Někteří pacienti mají strach, že vyšetření je nebezpečné nebo bolestivé. Dnes však již není důvod k obavám. Samotný odběr je proveden jednorázovou tenkou jehlou, která sama o sobě nemůže ovlivnit průběh onemocnění. Odebírá se přibližně 10 – 15 ml, což je pouze nepatrné množství oproti tomu celkovému. Informace, které díky LP ošetřující lékař získá, jsou nezastupitelné. (Benešová, 2014)

„Likvor bývá často abnormální, může být lehká pleocytóza i zvýšení bílkovin. Důležitým nálezem je především zvýšení gama globulinů, zvláště frakce IgG.“ (Ambler, str. 222 – 223, 2011)

2.4 Léčba RS

V současnosti jsou k dispozici 4 druhy léků, které jsou schopné onemocnění ovlivnit – interferon beta, natalizumab, glatiramer acetát a fingolimod. Ačkoliv vše napovídá o tom, že do budoucna se řada léků rozšíří o další, stále se jedná o formě jejich úhrady. Část pacientů se tak nedostane k tolik potřebné léčbě právě kvůli špatně nastaveným formálním požadavkům. (Dufek, 2014).

V současné době rozeznáváme léčbu symptomatickou (potlačení symptomů) a léčbu imunomodulační, imunosupresivní (potlačení patologických jevů). Je třeba se zmínit také o léčbě akutního stavu – ataky – kdy se podávají vysoké dávky kortikosteroidů (methylprednisolon - Solumedrol), zpravidla bez orální steroidní terapie. Pokud nedojde k úpravě stavu do 3 týdnů, lze podat bolus cyklofosfamidu. (Mareš, 2010). Na léčbu akutní ataky se vztahuje mezinárodní konsensus, který byl publikován již v roce 1999. (roska.eu, 2016)

Výše zmíněný glatiramer acetát se dnes používá především pro léčbu klinicky izolovaného syndromu (CIS), který svědčí pro rozvoj RS. Je také schválen pro léčbu relaps – remitentní formy RS. Z provedených studií vyplynulo, že časná léčba glatiramer acetátem u osob s CIS oddaluje rozvoj RS nebo její progresi a zpomalila zvětšování mozkových lézí a atrofii mozku. Zároveň je tento lék individuálně poměrně dobře snášen. V jeho prospěch v neposlední řadě svědčí i skutečnost, že má výborný bezpečnostní profil. Italské studie přišly se skutečností, že glatiramer acetát mimojiné může účinně bránit reaktivaci RS u pacientů, u kterých došlo k vysazení natalizumabu. (Zafarová, 2013)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

Stejně jako jakékoliv jiné onemocnění, ať už akutní či chronické, má RS významný vliv na kvalitu pacientova života. V následujících kapitolách se budu zabývat nejen samotným ošetřovatelským procesem a péčí, ale také duševním stavem pacienta, který je postaven před diagnózu tohoto onemocnění a musí se vyrovnat se změnou svého životního stylu, který s sebou tato nemoc přináší.

3.1 Úloha sestry

Úloha sestry začíná již při příchodu pacienta, který si stěžuje na neurologické obtíže nebo při příchodu na neurologické oddělení či ambulanci. Vzdělaná sestra po boku lékaře

je zárukou kvalitní a odborné ošetrovatelské péče o postiženého. Měla by být schopna uplatnit své teoretické vědomosti v praxi, provést fyzikální vyšetření a sestavit správný ošetrovatelský proces včetně cílů a intervencí. Zároveň by měla být schopna objektivně hodnotit pacientův stav a adekvátně reagovat v případě náhlé ataky onemocnění. Samozřejmostí je kvalitní a bezproblémová spolupráce v rámci celého zdravotnického týmu (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční terapeuti, a podobně).

3.2 Ošetrovatelský proces u pacienta s RS

Kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče je zárukou kvalitnějšího a spokojenějšího života nemocného. Ošetrovatelskou péči poskytujeme formou ošetrovatelského procesu, který se skládá z pěti částí – posouzení, diagnostiky, plánování, intervencí a zhodnocení dosažených výsledků. Tyto části bych rád ve své práci podrobně rozebral.

3.2.1 Posouzení, anamnéza a fyzikální vyšetření

Metoda pozorování je cenným zdrojem informací už při příchodu pacienta do ordinace či na dané specializované oddělení ve zdravotnickém zařízení.

O pacientovi nejdříve zjišťujeme anamnestické údaje – sestra tyto údaje většinou odebírá formou rozhovoru s pacientem. Pomocí rozhovoru se dá zjistit, čím dotyčný trpí v současnosti, jak dlouho potíže trvají a čím se vyznačují, případně okolnosti, které k daným potížím vedly (v anamnéze uvádíme pod zkratkou NO). Při odebírání osobní anamnézy zaznamenáváme základní údaje pacienta, nemoci, jež prodělal, úrazy, operace, zda pacient konzumuje kávu, alkohol nebo kouří, má zkušenosti s omamnými látkami (spíše se setkáváme s tím, že tuto skutečnost pacient nechce přiznat). Při odběru farmakologické anamnézy nás zajímají léky, které pacient užívá, v jakém množství a podobně. Uvádíme sem i hormonální antikoncepci. Nesmíme zapomenout na alergickou anamnézu – zda pacient trpí nějakou formou alergie, snažíme se zdůraznit riziko alergií na jód nebo ATB. U žen stanovujeme anamnézu gynekologickou – kdy začala menstruuovat, jak dlouho trvá cyklus, počet porodů a potratů. Rodinná anamnéza zjišťuje riziko neurologických poruch u rodičů nebo příbuzných, případně v jakém věku rodiče zemřeli. Někdy odebíráme i pracovní a sociální anamnézu, přičemž pracovní vypovídá o možném rizikovém prostředí (škodliviny ve vzduchu, záření, manipulace s rizikovými látkami) a sociální vypovídá o samotném okolí pacienta (bydlení a sociální vztahy). (Nejedlá, 2015)

Kromě anamnézy provádíme fyzikální vyšetření, které je pro stanovení diagnózy neurologického onemocnění stěžejní a může nám mnohdy hodně napovědět. Již bylo

zmíněno, že mezi typické příznaky RS patří optické potíže. Proto pátráme například po zánětu očního nervu, po dvojitém vidění (diplopii), poruše vidění nebo nystagmu. (Slezáková, 2014) Nystagmus bývá u RS poměrně běžný. Jedná se o pomalý pohyb v jednom směru, přičemž dojde k rychlé korekci do směru opačného. Pro RS je nejtypičtější tzv. ataktický nystagmus nebo vícesměrný nystagmus vyvolaný pohledem. Abychom nystagmus odhalili, vyzveme pacienta k tomu, aby očima sledoval pohyb našeho prstu. Pohneme prstem nahoru, dolů a do stran, přičemž pátráme po známkách nystagmu (poloha oka, kdy je nystagmus nejzřetelnější, směr rychlé složky, zda se objevuje i při přímém pohledu a zda je symetrický). (Fuller, 2008)

Dále má RS vliv samozřejmě také na pohybový aparát, kdy lze pátrat po poruchách chůze, poruchách stability, parestesii nebo snížení fyzické výkonnosti. Dále pátráme po potížích s močením a sexualitou (retence, inkontinence, absence orgasmu, potíže s erekcí), které nám pacient většinou sám sdělí, jelikož se jedná o velmi omezující faktor. Při eskalaci neurologických příznaků můžeme zpozorovat zmatenost, problémy s řečí, tremor, poruchy citlivosti a motoriky, výpadek zorného pole. (Slezáková, 2014)

V souvislosti s fyzikálním vyšetřením bych se rád zmínil o tzv. Kurtzkeho stupnici, která hodnotí rozsah a závažnost onemocnění. Lze ji rozdělit do 10 bodů, kdy 0 znamená normální neurologický nálezn a 10 smrt způsobenou RS. Číslem 4 je hodnocen stav, kdy dochází k omezení nebo přerušování pracovních možností. (Berlit, 2007)

3.2.2 Diagnostika

Během diagnostiky dochází ke zpracování všech dosud získaných údajů. Třídíme je do kategorií, domén a tříd dle ošetřovatelských diagnóz. V případě onemocnění RS můžeme uvažovat o následujících diagnózách: 00016 (Zhoršené vylučování moči v souvislosti se senzomotorickým poškozením s určujícími znaky: nykturie, nutkání na močení a rychlý únik moči, inkontinence), 00065 (Neefektivní vzorec sexuality v souvislosti s nedostatkem vědomostí o onemocnění s určujícími znaky: změny a potíže při sexuálních aktivitách), 00155 (Riziko pádu s rizikovým faktorem: zhoršení fyzické pohyblivosti a používání chodítka), a jiné. Používáme takové diagnózy, které úzce souvisí s pacientovo zdravotním a momentálním stavem. Diagnózy třídíme podle toho, která je pro nás „nejdůležitější“, nejaktuálnější, mezi poslední řadíme diagnózy potenciálního rizika (riziko vzniku dekubitů, riziko vzniku infekce, aj.) (Herdman, 2013)

3.2.3 Plánování

Plánování vychází z ošetřovatelské diagnózy, kterou si stanovujeme. Pro každou diagnózu se plán stanovuje bez rozdílu. Správné stanovení plánu vede ke správným ošetřovatelským intervencím, které se budou u daného pacienta provádět. Během plánování si zároveň stanovujeme cíle, kterých bychom rádi následnou realizací a intervencemi dosáhli.

3.2.4 Realizace a intervence

Jedná se o samotnou aplikaci a uskutečnění plánu, který jsme si stanovili. Jednotlivé stanovené ošetřovatelské intervence aplikujeme na pacienta a zároveň je zapisujeme do ošetřovatelské dokumentace. Snažíme se zároveň zaznamenávat i postup a efekt dané činnosti v určitém časovém intervalu. Nesmíme zapomenout na podpis, aby bylo dohledatelné, kdo danou intervenci provedl.

3.2.5 Zhodnocení

Poslední část ošetřovatelského procesu pojednává o zhodnocení dané intervence, kterou jsme u pacienta provedli. Vyhodnocujeme splnění daných stanovených cílů, měli bychom se přesně vyjádřit k dosažení daného cíle. Pokud cíle splníme, obvykle intervence ukončujeme, pokud dojdeme k výsledku, že cíl splněný nebyl, snažíme se náš ošetřovatelský plán přehodnotit, stanovit si jiné cíle, modifikovat je, a poté v intervencích pokračovat. (Slezáková, 2014)

Je nutné na závěr podotknout, že správně provedený ošetřovatelský proces je klíčem ke správné péči o pacienta s demyelinizačním onemocněním, a je zárukou kvalitně provedené péče, která spadá do kompetencí všeobecné sestry.

3.3 Ošetřovatelská péče o pacienta s RS

RS je onemocnění, které, pokud se nejedná o akutní ataku, obvykle nevyžaduje hospitalizaci na neurologickém oddělení. Spoustu problémů lze vyřešit ambulantně, i samotní pacienti obvykle docházejí do ambulance v MS centru na pravidelné lékařské vyšetření a kontroly, nebo jdou převzít své léky. Přesto, pokud dojde k relapsu, je často nutná hospitalizace, abychom mohli stav pacienta stabilizovat. Ošetřovatelská péče se odvíjí od aktuálního stavu pacienta, od jeho potřeb a samozřejmě také od určité progresse jeho onemocnění. V této kapitole bych se rád věnoval nejen základním ošetřovatelským problémům, které u hospitalizovaného pacienta mohou nastat.

3.3.1 Nozokomiální infekce

Léčba RS má imunopresivní účinky. Z toho vyplývá, že pacient, který již podstupuje nějakou formu léčby, je více náchylný na infekce různého charakteru. Pokud je pacient hospitalizovaný, je potřeba myslet hlavně na nozokomiální infekce, které se přenášejí různými způsoby. Nozokomiální infekcí (NI) rozumíme onemocnění, které se přenáší v příčinné souvislosti s nemocničním prostředím, a které nebylo přítomné v době nástupu pacienta na oddělení. Je nutné výskyt NI zaznamenat a evidovat jej v dokumentaci. Nemusím připomínat, že prevence těchto infekcí je samozřejmě lepší než se snažit poté samotnou infekci eliminovat. Významnou prevencí rozumíme důraz na hygienu, nejen pacientovu, ale také hygienu okolního prostředí. Pravidla přísné hygieny platí i pro pomůcky, které u pacienta budeme používat. Pokud se jedná o jednorázové pomůcky, je naprosto nepřípustné, aby se použily víckrát nebo se dokonce použily u jiného pacienta! V praxi se můžeme setkat s uzavřenými systémy, které eliminují styk zdravotníka s tělesnými tekutinami, jedná se například o uzavřené systémy k odběru krve, odsávání dýchacích cest, a podobně. (Vytejková, aj., 2011)

3.3.2 Hygienu pacienta

Pacient je v mnoha případech schopen provádět hygienickou péči sám, ale při akutní atace je jeho hygiena naší starostí. Jedná se nejen o hygienu pacienta samotného, ale také pravidelnou výměnu lůžkovin a udržování čistého prostředí v pacientovo bezprostřední blízkosti. Potřebu čistoty řadíme do základních potřeb člověka. V souvislosti s hygienou bych rád definoval dva pojmy, a to soběstačnost (schopnost člověka uspokojit své potřeby a vykonávat denní činnosti) a sebepéči (soubor činností, které si je schopen pacient zabezpečit sám za účelem zdraví a zachování života). V souvislosti s akutní atakou může docházet k poruchám vědomí a vnímání. V tomto případě bychom postup při hygieně pacienta měli konzultovat s ošetřujícím lékařem a postupovat specificky. Naprostým základem je péče o osobní prádlo, jehož volba je také závislá na zdravotním stavu pacienta. Obvykle se užívá prádlo osobní nebo ústavní. Jelikož akutní ataku nelze dopředu předvídat, pacient nemá své osobní prádlo zabalené, a v tomto případě použijeme ústavní. Je vhodné o tom uvědomit příbuzné, které mohou pacientovi donést jeho vlastní. Pokud pacient trpí inkontinencí, dbáme také na hygienu rukou. (Vytejková, aj., 2011)

3.3.3 Prevence pádu

Zvláště při akutní atace může docházet k neurologickým příznakům jako jsou závratě, vertigo, špatná orientace v prostoru a zmatenost. Pacient se nachází ve fázi, kdy

hrozí zvýšené riziko pádu z lůžka, zvláště pokud je zmatený a snaží se vstávat. Základem prevence je použití postranic, které jsou součástí lůžka a pravidelná kontrola pacienta.

3.3.4 Inkontinence

Inkontinence se velmi často objevuje u pacientů s určitou progresí RS. Ve velké míře se objevuje inkontinence moče (především neurogení – reflexní typ), ale při progresi onemocnění se setkáváme také s inkontinencí stolice. Pacienti s RS, kteří trpí inkontinencí moče už delší dobu, obvykle používají běžně dostupné vhodné pomůcky, dokonce jsou schopni samostatného intermitentního jednorázového vycévkování. Pokud je pacient hospitalizován na oddělení delší dobu, může dojít k zavedení permanentního močového katétru (PMK), který zajistí správnou derivaci moče. Při zavádění se musí dodržovat přísný aseptický postup, jelikož řada infekcí (i závažných) vstupuje do těla právě urogenitálním traktem. (Vytejková, aj., 2013)

3.3.5 Duševní stav pacienta

Je nutné si uvědomit, že na pacienta při hospitalizaci působí spousta stresorů, které ovlivňují jeho psychický stav. Samotnou psychickou zátěží je akutní ataka, kdy pacient neví, co se děje, bojí se, trpí úzkostí. Při hospitalizaci na pacienta může mít vliv nemocniční prostředí, další pacienti na jeho pokoji, komunikace ošetrovatelského personálu, a podobně. Pokud je pacient hospitalizován během akutní ataky, prozatím ještě s nejasnou diagnózou, může být stresován množstvím vyšetření, které musí podstupovat. Přidává se samotný strach z toho, že neví, co mu je, zda je těžce nemocný, zda se dozví nepříjemnou diagnózu, jaký vliv to bude mít na jeho budoucí život. Samotným duševním stavem pacienta, kdy se musí vyrovnat s přijetím své diagnózy, se budu zabývat dále.

3.4 Ambulantní péče, edukace pacienta a MS centra

Drtivá většina pacientů pravidelně dochází k ambulantní péči. Tuto péči zajišťují většinou MS centra, která bývají lokalizovaná v nemocničních zařízeních. Tyto centra poskytují nejen ambulantní péči a pravidelné kontroly u lékaře, ale také léčbu (těm pacientům, kteří mají léčbu schválenou zdravotní pojišťovnou) a edukaci.

3.4.1 MS centra

MS centra jsou centra, lokalizovaná většinou v nemocničním zařízení, která poskytují oporu pacientům s RS. Zajišťují výdej potřebných léků, pacienti dochází na pravidelné kontroly k lékařům, sestry pacienty edukují nejen o aplikaci léčivých přípravků. V České republice se vyskytuje přibližně 15 takových center, například ve Fakultní

nemocnici v Motole, krajské nemocnici v Jihlavě, na Neurologické klinice Fakultní nemocnice v Plzni. Nezřídka se také MS centra nacházejí přímo na neurologických odděleních. (RS kompas, 2017)

3.4.2 Edukace a podpora pacienta

Jednu z velmi významných rolí pro pacienta zastává samozřejmě právě všeobecná sestra. Je pacientovo rádcem v krizových situacích, poskytuje mu odborný pohled na jeho nemoc, dodržuje formální odstup. Měla by v pacientovi vzbudit pocit, že je tu vždy pro něj, a že se na ní může kdykoliv obrátit.

Role sestry spočívá především v edukaci pacienta. Dá se říct, že správná a kvalitní edukace je základem úspěšné léčby. Nespočívá pouze v tom, že pacientovi sdělíme, jak si aplikovat léčivou látku a předvedeme mu to. Edukační proces začíná většinou již ve fázi, kdy pacient poprvé přijde do MS centra. Měli bychom počítat s tím, že pacient sice svoji diagnózu již zná, ale stále ještě tápe a nemusí být se svým zdravotním stavem zcela vyrovnán. Základem je si s pacientem v soukromí popovídat a poradit se s ním, jaký bude další postup. Zeptáme se jej, jaké informace již má a přesvědčíme se, zda nejsou zkreslené. Dále mu upřesníme, jak budou probíhat jeho návštěvy v MS centru a jak často. Informace o jeho nemoci a průběhu by měl pacientovi podat také jeho vyšetřující lékař. Součástí pacientovo života je často také infuzní terapie. I v této oblasti by měla sestra podat pacientovi celou řadu informací. Velmi důležité je pacienta poučit o možných nežádoucích účincích léčby během infuzní terapie. Zároveň sestra musí být připravena na přítomnost nežádoucích reakcí – alergie, zarudnutí, dušnost – a mít k dispozici potřebné pomůcky a léky. (Havrdová et al., 2015) Je nutné myslet na to, že kvalitní edukace tvoří dominantu celé ošetrovatelské péče!

4 PSYCHIKA PACIENTA S RS

Velkou kapitolou, která přímo souvisí s roztroušenou sklerózou, je psychický stav. Každý jedinec je holistická bytost, která sestává z fyzické, psychické a sociální stránky. Tyto tři oblasti spolu navzájem souvisí – tedy pokud dojde ke změně fyzického stavu, dochází i ke změnám psychickým a sociálním. Dobrý psychický stav pacienta je částečnou zárukou kvality jeho života. Právě sestra je velmi cenným společníkem, který pacienta doprovází na jeho cestě a pomáhá mu vypořádat se s negativními stránkami nemoci.

4.1 Pacient a chronické onemocnění

Vliv na pacientovu psychiku nemá onemocnění až v okamžiku, kdy se pacient dozví diagnózu. K některým projevům a příznakům onemocnění dochází již dříve. Již v tomto okamžiku si pacient uvědomí, že něco není v pořádku. Pokud jsou projevy silnějšího charakteru, vyhledá pacient lékaře dříve. Obvykle pacient neví, co se s ním děje a dochází k rozvoji úzkosti a strachu. Měli bychom si uvědomit, že psychickou stránku pacienta můžeme ovlivnit i my jako zdravotníci svým přístupem a správnou komunikací s ním. V okamžiku, kdy se pacient dozví diagnózu, prochází pěti fázemi: Popřením, vztekem, smlouváním, depresí a akceptací. Tyto fáze, které poprvé stanovila Kübler – Rossová, hezky vystihují postupnou adaptaci pacienta na své onemocnění. V první fázi pacient prožívá šok, nemusí se zachovat v situaci zcela adekvátně. Jeho reakci, ať je jakákoliv, bychom měli jako profesionálové akceptovat. Ve fázi vzteku je pacient našťvaný na sebe i na okolí, zlobí se, proč toto onemocnění postihlo zrovna jeho. Může se objevit i panická reakce. „*Panický záchvat je ohraničená epizoda intenzivního strachu, která je provázena jak tělesnými, tak psychickými příznaky.*“ (Kamarádová a kol., str. 36, 2016). Fáze smlouvání se vyznačuje již částečnou akceptací onemocnění, kdy pacient na onemocnění sice přistoupí, ale pouze „za určitých podmínek“. Deprese je fáze, kdy pacient neví, co s životem, neví, kudy kam, nevidí žádné východisko a spíše se uzavírá do sebe. V poslední fázi akceptace dochází již k akceptaci a adaptaci. Měli bychom být ale připraveni i na to, že pacient se adaptovat nedokáže a dochází k tzv. maladaptaci. Ta se vyznačuje například negativismem (aktivním i pasivním), únikem, regresí. K maladaptaci často dochází u malých dětí a u seniorů. Se správnou adaptací souvisí také osobnost pacienta, zda je spíše introvertní nebo extrovertní, zda se na svět dívá spíše pesimisticky nebo optimisticky. Záleží také na premorbidní osobnosti (věk, pohlaví, osobní, pracovní a sociální život, a podobně).

4.2 Charakteristika krize

Krize je událost, která nějakým způsobem zasahuje do života pacienta a ovlivňuje jej – jeho emoce, prožívání, životní styl. Nejedná se pouze o změnu zdravotního stavu, ale také o krize finanční, partnerské, rodinné. Obvykle pacienta vyvedou z rovnováhy, nutí jej čelit nejistotě a mění jeho dosavadní způsob fungování.

Krize bývá pacientem vnímána velmi negativně, protože obsahuje smutek, nejistotu, vztek, bezmoc. Krize bývá charakterizována čtyřmi fázemi: první fáze je dána pocitem ohrožení, kdy narůstá strach, vnitřní napětí a úzkost. Obvykle se pacient pokouší situaci zvládnout ověřenými postupy, například relaxací, sportem, ale někdy také alkoholem! Ve druhé fázi se dostávají pocity zmatku, zranitelnosti, které mohou vést k pasivitě. Ve třetí fázi si pacient připouští své pocity, spontánně vyhledává různé formy pomoci. Čtvrtá fáze nastává v okamžiku, kdy vyrovnávací strategie nefunguje. Úzkost se může vystupňovat do panických stavů.

V případě sdělení diagnózy RS se jedná o krizi akutní, kdy se pacient dozví, že trpí v podstatě nevyléčitelným onemocněním, kde hrozí rychlá progresse. To může vést k nepředvídatelným reakcím nebo dokonce k suicidální krizi. Péče o pacienta, který chce spáchat sebevraždu, je velmi specifická a je nutný zvýšený dohled. V ČR fungují ambulantní i terénní krizová centra. (Petr a Marková, 2014)

4.3 Invalidizace

Onemocnění RS je ve většině případů spojené s jistou mírou invalidizace. Jedná se o specifický problém, který pacienta může omezit nejen v pracovním, ale také v soukromém životě. Omezuje pracovní schopnosti a výkon, narušuje mezilidské vztahy, mění pohled postiženého na sebe sama. I zde se každý postižený jedinec vyrovnává s invalidizací zcela specificky. Někteří jedinci se s počínajícími problémy obrátí na svého lékaře, někteří hledají řešení problému v lékařských knihách, příručkách nebo brožurách, někteří nakupují volně prodejné léky a vitaminové preparáty a někteří se na problémy snaží nemyslet. Jelikož většina pacientů se svým onemocněním pravidelně dochází k lékaři, lze předpokládat, že většina z nich se také svému lékaři svěří s problémy.

I zde adaptace s počínající invalidizací vychází z příčin, které tvoří komplex – jedná se o biologické faktory, o naučené vzorce chování, o sociální situaci a postavení, pohlaví, věk a podobně. (Raudenská a Javůrková, 2011). Například se předpokládá, že ženy se více

věnují svému tělu a dříve přicházejí k lékaři se svými problémy. Naopak od mužů se dříve očekávalo, že se s problémy (i zdravotního charakteru) vypořádají sami („Jsem přece muž a zvládnou to i bez lékaře“). Dnes už je sociální vnímání nastavené trochu jinak. Jak už jsem zmiňoval, velký vliv na adaptaci má pohlaví a sociální status. Pokud se s invalidizací setká muž, který pracuje jako ředitel společnosti, bude invalidizace mít na jeho život jiný dopad, než na ženu, která se živí jako uklízečka.

I zde je nutné podotknout, že podpora partnera, rodiny a přátel je pro pacienta velmi důležitá a může ovlivnit pacientův budoucí život.

4.4 Deprese

Udává se, že dokonce až 98 % pacientů s onemocněním RS trpí depresemi. Někde je uváděno i to, že deprese je jedním z příznaků RS, to se však jeví sporně. Vznik deprese může pramenit z okamžiku, kdy si pacient uvědomí, že již nikdy nebude úplně zdravý. V publikacích, které se zabývají psychikou člověka, najdeme definici, že deprese je stav, charakteristický ztrátou zájmu o sebe i okolí, ztrátou energie a radosti ze života. Mnohdy může dojít i k narušení osobního i profesního života, včetně sexuálního života. Jelikož sexuální dysfunkce bývá problém již u samotného onemocnění, mohou pacienti nabýt dojmu, že pro svého partnera nebo partnerku přestávají být atraktivní. Jsou přesvědčení, že v mnoha ohledech selhávají a nedokáží fungovat ve svém běžném životě. Depresivní stavy většinou léčíme psychofarmaky, které taktéž ovlivňují kvalitu sexuálního života pacienta. Pokud zvolíme správnou chvíli a šetrný způsob, jak se pacienta zeptat, je většinou ochotný o svých problémech hovořit. Pokud je pacient stydlivý a odmítá se se svými problémy někomu svěřit (rodině, přátelům, zdravotníkům), mohou jeho depresivní stavy vyústit v suicidální úvahy, které je nutno okamžitě řešit. (Petr a Marková, 2014)

4.5 Psychoterapie a její účinky při léčbě RS

Psychoterapie je metoda, kdy léčba probíhá pomocí psychologických prostředků jako jsou různé formy rozhovoru, učení, sugesce, a podobně. Mezi základní cíle psychoterapie je ukázat pacientovi, že i přes své onemocnění může žít smysluplný a kvalitní život, motivovat je k tomu, aby se naučil se svou nemocí žít. Je nutné pacienta připravit i na potíže a problémy, které s sebou onemocnění přináší a naučit jej tyto problémy řešit. Pacientův zájem udržet všechny své oblasti života je také jedním z cílů, které si psychoterapie ukládá. Není nutné, aby jako terapeut vystupoval pouze psycholog nebo psychoterapeut. Tuto úlohu může zastat i sestra, fyzioterapeut nebo sociální

pracovník, kteří mají alespoň základní terapeutický výcvik. Mezi dílčí cíle psychoterapie patří, jak už bylo řečeno, přijetí faktu samotného onemocnění. Někteří pacienti mají tendenci své onemocnění popřít, zcela jej vytěsnit, proto poté nejsou schopni tento fakt přijmout a správně přijmout léčbu. Snažíme se zmírnit počáteční šok pacienta, poskytujeme prostor k prožití jeho emocí (ať už jsou jakékoliv), zmírňujeme jeho úzkost. Následné vytvoření přiměřeného náhledu na nemoc je důležité pro získávání informací o nemoci a pro podporu pacienta nejen při léčbě, ale také k tomu, aby se odhodlal dále na sobě pracovat. Předmětem psychoterapeutického sezení může být také zvládání vedlejších účinků léčby, kdy pacient mluví o svých potížích, a to mu poskytuje náhled na ně. Zvyšuje se potom jeho kompetence k jejich zvládnutí. Toto onemocnění zasahuje do všech oblastí života, do pracovních, sociálních a osobních. Žijeme v době, kdy je materiální zabezpečení a adekvátní výkon životními prioritami. RS tyto priority ovlivňuje. Tato skutečnost na pacienta negativně působí. Teprve spolu se sdělením diagnózy si pacient uvědomuje i jiné životní hodnoty. Vhodným psychoterapeutickým působením můžeme pacientovi pomoci se stabilizovat v následných životních situacích. Nová diagnóza přináší i strach. Pacient neví, kudy kam, jak dál, jaká bude jeho budoucnost, necítí se být jistý. Někdy pocity strachu potlačuje. Psychoterapeutické sezení slouží k tomu, aby byl pacient schopen a ochoten o svém strachu mluvit, pracovat na jeho zvládnutí. Musíme vzít na vědomí, že RS je mnohdy velmi nevyzpytatelné onemocnění a pacient se tedy obává i progresu a následného vývoje svého zdravotního stavu. Deprese, úzkosti a strach může poté působit také na imunitní systém.

Psychoterapie se vyvíjela dlouhá desetiletí a vznikly různé směry a formy. Podpůrná psychoterapie nezasahuje do vlastní osobnosti pacienta, ale nabízí vyslechnutí a porozumění, pomáhá pacientovi unést problémy, které přináší onemocnění a léčba. Racionální psychoterapie klade důraz na informovanost pacienta, na jeho nereálné požadavky a představy. Rogerovská psychoterapie se vyznačuje tím, že vychází ze samotného pacienta. Jako metodu léčby používá rozhovor, kdy se terapeut snaží vcítit do pacienta. Behaviorální psychoterapie pacienta učí postupy, jak lze regulovat vlastní emoce a pocity, vede je k vlastní sebekontrolě. Jako vhodná psychoterapeutická metoda se jeví různé relaxační techniky a metody, které kladou důraz na vlastní souvislost psychického stavu a vegetativního nervového systému. (Havrdová, 2013)

4.6 RS a křesťanská víra

Chronické onemocnění, jakým RS bezesporu je, přináší do života člověka nové problémy, ale i výzvy. Člověk hledá způsoby, jak se s novým způsobem života vyrovnat nebo jak si jej ulehčit. Jelikož RS postihuje kohokoliv bez rozdílu, můžeme se setkat i s věřícím člověkem. Pohled na onemocnění může být z hlediska jeho náboženství poněkud odlišný než ten náš. Nezřídka se setkáváme i s pacienty, kteří se obrací k víře jako k jednomu z řešení, jež jim pomohou se se svojí nemocí vyrovnat, ačkoliv nikdy předtím věřící nebyli.

Někteří pacienti tvrdí, že kdyby existoval Bůh, nedovolil by, aby takto onemocněli, tedy je jejich nemoc vrcholným argumentem, proč víru v Boha odmítat. Někteří lidé naopak zastávají názor, že utrpení a nemoc je potřeba doporučovat, glorifikovat, protože pouze tak se mohou Bohu zalíbit. Existují i tací, kteří se ostýchají prosit svého Boha o pomoc při nemoci a utrpení. Je potřeba říct, že křesťané nemoc považují za nepřítele. Za něco, co má kořeny v hříchu lidí, a s čím je potřeba bojovat. Tvrdí, že nemoc sice přináší jistou bezmocnost, úzkost a strach z budoucnosti, zároveň ale může člověku pomoci v uspořádání životních priorit a při rozlišení, co je a co není v jejich životě důležité. Pacienti, kteří vyznávají křesťanskou víru, také velmi oceňují laskavost a obětavost ze strany bližních a personálu. My, jako zdravotníci, bychom na to měli myslet především. Někdy se setkáváme s jistým ostychem, protože zdravotník neví, jak k věřícímu pacientovi přistupovat. Ostych mnohdy může vyústit v problém, kdy se zdravotník pacientovi vyhýbá. Tento problém je potřeba řešit tak, aby se ke každému pacientovi přistupovalo individuálně a bez rozdílu. (Opatrný, 2017)

Již jsem zmiňoval, že motivace je pro pacienta velmi důležitá a může mu významně pomoci při adaptaci na nemoc, ale také v budoucím životě s ní. Právě víra jistě je takovou motivací.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OBECNÁ ČÁST

5.1 Výzkumné šetření

5.1.1 Formulace problému

V rámci praktické části mé kvalifikační práce jsem si zvolil ošetrovatelskou péči o pacienty, kteří trpí roztroušenou sklerózou. Roztroušená skleróza je onemocnění, které postihuje centrální nervový systém a následně se projevuje také v poruše citlivosti a hybnosti kosterních svalů pacienta. Jedná se o onemocnění, které nelze vyléčit úplně, ale lze jeho progresi zbrzdit pomocí vhodných léčivých přípravků a metod.

Úkolem mé práce je přinést poznatky o tom, jak v našich nemocnicích probíhá edukace pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) a péče o ně na lůžkových odděleních. S nároky na dnešního člověka roste i riziko stresu. Stres následně může vést právě k rozvoji roztroušené sklerózy, být jejím spouštěčem. Roztroušená skleróza je i v dnešní době vyspělé medicíny a včasné a kvalitní diagnostiky tajemným onemocněním a stále je nevléčitelná. Kvalitní edukace a ošetrovatelská péče ale může usnadnit už tak těžký život, který pacienti s tímto onemocněním mnohdy prožívají.

Osobně si myslím, že prvotním stupněm kvalitní ošetrovatelské péče je právě edukace, proto jsou edukace a nemocniční péče pojmy, které spolu navzájem úzce souvisejí a jeden bez druhého nemohou fungovat. Proto i ve své práci se zabývám hlavně těmito otázkami: je edukace pacienta v našem zdravotnictví dostatečná? Je všeobecná sestra schopna srozumitelně vysvětlit pacientovi, o jaké onemocnění se jedná? Dokáže všeobecná sestra v pacientovi vzbudit jistotu, že se na ni může kdykoliv obrátit? Je pacientova rodina dostatečně zapojena do edukace nebo do nemocniční péče?

5.1.2 Cíl výzkumu

Cílem mé kvalifikační práce je přinést poznatky o tom, jak v ošetrovatelské praxi probíhá edukace a nemocniční péče o pacienta s roztroušenou sklerózou, a zda je tato péče dostatečná.

Dílčí cíle

Cíl 1: zjistit, zda se pacientům s RS dostává kvalitní ošetrovatelské péče

Cíl 2: zjistit, zda je edukace pacientů s RS dostatečná

Cíl 3: zjistit, jak se ošetrovatelský personál podílí na informování pacienta

5.1.3 Operacionalizace pojmů a zkratky

RS – roztroušená skleróza, onemocnění postihující centrální nervový systém

CIS – klinický izolovaný syndrom, který se od RS rozlišuje tím, že proběhne pouze jedna ataka a nedochází k další progresi

MS centrum – centrum pro pacienty s RS a pro léčbu onemocnění

5.1.4 Výzkumné otázky

Je pacientům v českém zdravotnictví poskytována dostatečná a kvalitní péče?

Je edukace pacientů dostatečná? Znají pacienti dostatek informací o své nemoci?

Mají všeobecné sestry dostatek znalostí o tomto onemocnění? Dokáží srozumitelně poučit pacienta?

5.1.5 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro svou případovou studii jsem si vybral kvalitativní výzkum, kdy čerpám pouze z dostupných dat a dokumentace daných pacientů. Kvalitativní výzkum mi zajišťuje, že do hloubky prozkoumám daného pacienta a zjistím, zda edukace a ošetrovatelská péče o dotyčného probíhá dostatečně. Jelikož se potřebuji zaměřit také na pocity pacienta, kvalitativní výzkum mi to zajistí.

5.1.6 Metoda

Ve své odborné práci popisuji průběh edukace a ošetrovatelské péče o nemocného pacienta. V rámci svého výzkumu jsem si vybral 2 kazuistiky. Kladu důraz na anamnézu pacienta i na katamnézu, která mnohdy může obsahovat prvky edukace pacienta nebo předchozí hospitalizace. Pomocí anamnézy zjišťuji rodinný stav pacienta, jeho zaměstnání, alergie nebo léky, které pacient užívá, případně jakými přidruženými onemocněními trpí. Dále ve své práci kladu důraz na první setkání s pacientem a na jeho dodatečnou edukaci (pokud nějaká proběhla už dříve). Považuji za nutné připojit také aktuální a potenciální diagnózy, které nutně provázejí pacienta, přijatého do nemocnice.

5.1.7 Výběr případu

Pro svůj výzkum jsem si vybral dva pacienty s těžší formou roztroušené sklerózy, z nichž každý případ je v podstatě odlišný. Nebral jsem v úvahu věkové rozdíly, proto

první pacientce je okolo 30 let, kdežto druhý pacient je podstatně mladší – je mu 23 let. První pacientka má se svým onemocněním několikaleté zkušenosti, druhý pacient se svým onemocněním žije necelý rok. Proto se i edukace pacientů podstatně lišila.

Oba pacienty jsem seznámil se skutečností, že čerpám informace z jejich dokumentace do bakalářské práce, oba s tím souhlasili.

5.1.8 Způsob získávání informací

Potřebné informace do své práce jsem získal pomocí analýzy dat z dokumentace pacienta. Použil jsem data z lékařské i sesterské dokumentace, a to za plného souhlasu zdravotnického zařízení i personálu.

K doplnění několika informací nebo nejasností jsem oslovil i ošetřující lékaře, fyzioterapeutku nebo ošetřující sestry. Další informace jsem získal vlastním ošetřováním klientů a pozorováním jejich zdravotního stavu a případných reakcí.

Veškerá získaná data poté analyzuji v následné diskuzi. Veškeré stanovené cíle hodnotím v závěru bakalářské práce. Samotný výzkum jsem prováděl v období měsíce října 2017 (4 týdny), kdy jsem absolvoval odbornou praxi na Neurologické klinice ve Fakultní nemocnici na Lochotíně. Měl jsem tedy jedinečnou příležitost starat se o oba pacienty najednou a vzájemně je porovnávat.

5.1.9 Organizace výzkumu

Z veškerých získaných dat z lékařské a sesterské dokumentace sestavím anamnézu, katamnézu, edukaci a ošetřovatelskou péči o nemocného pacienta. Pomocí anamnézy zjišťuji potřebné informace – zda pacient bydlí sám nebo s rodinou, zda je na něco alergický, jaké má zaměstnání, jaké léky užívá. Pomocí katamnézy získám přehled o pacientovo životě, než mu byla zjištěna roztroušená skleróza. V katamnéze také mohu najít určité prvky edukace pacienta ihned poté, co mu byla tato diagnóza zjištěna. V ošetřovatelské péči kladu důraz na základní aktuální i potenciální diagnózy, které se u pacienta objevují nebo se mohou objevit. V obou kazuistikách péči doplňuji také ošetřovatelským modelem Hendersonové, který vystihuje sledované oblasti péče.

V samostatné části se zajímám o samotnou edukaci pacienta, kdy jsem byl pozván přímo do MS centra. V této části podrobně celou edukaci popisuji a zjišťuji, zda je pacient edukován srozumitelně, zda mu sestřička nesděljuje příliš mnoho nebo naopak příliš málo potřebných informací, zda je do edukace zapojena rodina, jak pacient edukaci vnímá.

6 KAZUISTIKA Č. 1

6.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Mé první pacientce byla diagnostikována G360 Neuromyelitis optica (morbus Devic). Jedná se o vzácný typ roztroušené sklerózy, který se vyskytuje spíše v Asii, v našich končinách trpí touto formou několik málo jedinců. Pacientka se narodila 5. 1. 1985, jedná se tedy o poměrně mladý případ tohoto onemocnění. Do nemocnice k hospitalizaci byla přijata dne 3. 10. 2017 ke zhodnocení klinického stavu a provedení diagnostických a kontrolních vyšetření. Byla provedena kontrolní MR mozku a podával se cyklus plazmaferéz. Také se opět nastavovala imunosupresivní léčba. Stav při příjmu pacientky se nezlepšil oproti vyšetřením, které podstoupila v září. Pacientka trpí spastickou kvadruparézou (lehká na horních končetinách s nepatrnou levostrannou převahou, těžká na dolních končetinách s pravostrannou převahou).

Rodinná anamnéza

Nesledoval jsem žádnou rodinnou zátěž ohledně neurologických diagnóz. Oba rodiče jsou zdraví.

Sociální anamnéza

Pacientka pracuje jako administrativní pracovnice. Bydlí se svou rodinou v bytě. Vztahy v rodině jsou v pořádku.

Abúzus

Pacientka neuvádí žádnou závislost na alkoholu, drogách. Je nekuřačka.

Farmakologická anamnéza

Pacientka užívá celou řadu léků, mezi níž patří Prednison 1-0-0, Lyrica 1-0-1, Zodak tbl. 1-0-0, KCl 1-0-1, Helicid 1-0-0, Azalia (antikoncepce), Calcichew 1-0-0.

Alergická anamnéza

Pacientka při příjmu uvedla alergii na pyly, na prach a Biseptol.

6.2 Katamnéza

Pacientka byla do roku 2003 zcela bez komplikací a zdráva. V roce 2006 utrpěla zranění při autonehodě, šlo o frakturu levého humeru a komoci mozku. Ve stejném roce také podstoupila operace – operace právě této fraktury levého humeru. Poté prodělala

Campylobakterový infekt, kdy se objevily první náznaky onemocnění a první komplikace. Objevila se parestésie dolních končetin a postupné zhoršování chůze. Také se objevila parestésie horních končetin. Lékaři měli podezření na roztroušenou sklerózu, jelikož při vyšetření MR se objevil nález v míše v oblasti krční. Také proběhla lumbální funkce, ale odebraný likvor se vyhodnotil jako nezánnětlivý. Pacientka byla přelčena Solu-Medrolem, který byl podán intravenózně, a její stav se postupně zlepšil do normy.

Během následujícího měsíce však došlo k recidivě – pacientka nebyla schopna chůze a stěžovala si na parestésii všech končetin. Při dalším vyšetření míchy pomocí MR se objevila progresa původního ložiska, které mělo expanzivní sklony. Opět byl podán Solu-Medrol, a opět s výborným efektem, kdy došlo sice ke zlepšení stavu pacientky, ale už nikoliv zpět do normy.

Ještě několikrát proběhla stejná symptomatika. Do roku 2012 vždy po kortikoidu nastalo zlepšení, ale zůstávalo reziduum. Nakonec se musela kortikoidová léčba nastavit chronicky (10 mg Prednison). Poslední nález z MR vyšetření páteře v roce 2012 zůstával nadále stacionární, nicméně se stále objevovala progresa paraperézy dolních končetin. Za posledních 5 let proběhla progresa rezidua. Solu-Medrol se podával 1x ročně intravenózně. V červnu 2017 pacientka ušla 200 metrů bez pomůcek, ve stejném měsíci začala mít první problémy se zrakem – přestala vidět na pravé oko. Byla vyšetřena na očním a neurologii v Sokolově, byly podány 3 gramy Solu-Medrolu a zrak se zlepšil asi o 70 %. Poté se zhoršila chůze – pacientka ušla pouze několik kroků sama, s dopomocí nebo s chodítkem pár desítek metrů. V červenci 2017 byla provedena MR mozku s několika drobnými lézemi. Pacientka byla vyšetřena v ambulanci ve FN Lochotín v září 2017, kdy, po další prodělané atace, byl opět podán Solu-Medrol.

6.3 První setkání s pacientkou

S pacientkou jsem se poprvé setkal při příjmu na Neurologickou kliniku – lůžkové oddělení. Pacientka byla přijata z důvodu provedení diagnostických vyšetření, ale zároveň se kladl důraz také na potlačování příznaků zhoršujícího se zdravotního stavu. Pacientka již od počátku hospitalizace měla problém s chůzí, nebyla schopna si dojít na toaletu ani s chodítkem. Komunikace probíhala od začátku bez problémů, pacientka byla orientována časem, místem i osobou. Vylučování měla pacientka pravidelné. Dýchání je bez potíží, pacientka netrpí zhoršeným dýcháním ani astmatem. Stav kůže byl vyhodnocen v normě, nebyla nalezena ani vyrážka, ani dekubity nebo modřiny. Pouze bylo zaznamenáno drobné

začervenání v obličeji. Bolest pacientka neudává. Pacientka při příjmu uvedla, že nemá problém se spánkem a cítí se odpočínutá. Fyziologické funkce byly po celou dobu hospitalizace v normálu – TK 125/75, TT 36,4 (normotermie), TF asi 72', dýchání normální – asi 17 dechů/min (eupnoe).

Pacientka byla seznámena s průběhem hospitalizace a s realizací potřebných vyšetření. Pacientku jsme během příjmu edukovali v následujících oblastech: v oblasti sebezpečí, medikace, polohování, prevence pádu, manipulace s lůžkem, manipulace se signalizací.

- 1) Sebezpečí – pacientka je edukována o tom, jak se o sebe postarat a v případě problémů nebo komplikací použije signalizaci k přivolání personálu.
- 2) Medikace – Pacientka je edukována o tom, že má právo vědět, jaký lék dostává a za jakým účelem a že při nežádoucích účincích (nevolnost, zarudnutí, bolest, vertigo) má informovat personál.
- 3) Polohování – pacientka je seznámena s riziky imobilizačního syndromu a s jeho prevencí.
- 4) Prevence pádu – pacientka ví, že v případě závratí nebo slabosti by neměla vstávat z lůžka a že by vždy měla přivolat personál.
- 5) Manipulace s lůžkem – pacientka ví, jak si upravit lůžko.
- 6) Manipulace se signalizací – pacientka ví, jak si přivolat pomocí signalizace někoho z personálu.

Pacientka verbalizuje pochopení. Edukace byla provedena ústně. Při příjmu byly použité následující škály: Barthelův test všedních činností (hodnocení 70 bodů – lehká závislost).

6.4 Hospitalizace

Během hospitalizace pacientky došlo k následujícím vyšetřením:

MR mozku

Vyšetření bylo provedeno na 3 T přístroji za použití T2 TSE a FLAIR. Poté se podala i gadoliniová extracelulární kontrastní látka. Objevila se drobná nespécifická ložiska v bílé hmotě mozkové bez kontrastního sycení. Mozek bez expanze, komorový systém normální šíře, retrobulbární prostory a hypofýza také bez expanze. Závěr – bylo nalezeno několik nespécifických lézí, které prokazují patologické změny.

MR páteře

Toto vyšetření také bylo provedeno na 3T přístroji, nativně metodou T1 TSE a T2 TSE, poté i po aplikaci kontrastní látky v T1 TSE. V krční míše jsou v rozsahu obratlů C1 až C6 splývající ložiskové signální změny v prakticky souvislém nepravidelném kraniokaudálním pruhu v dorzální polovině míchy v šedé i bílé hmotě míšní., mícha je v tomto rozsahu ztenčená. Jedno ložisko v pravé polovině míchy v bílé hmotě má velikost 4x2x2 mm v úrovni C2 se kontrastně sytí. Závěr – kraniokaudálně rozsáhlé nepravidelné ložisko v krční míše C1 – C6, atrofie míchy v tomto rozsahu, jedno velmi drobné ložisko vpravo v míše se kontrastně sytí.

RS lékař rozhodl o podání 5 plasmaferéz (protokol pro plazmaferézu v příloze), dále v rámci spasticity byla přidána nízká dávka baclofenu.

4. října byla provedena kanylace pod USG kontrolou vena jugularis interna dextra. Byla zavedena dialyzační kanyla s infuzním portem a antimikrobiálním povrchem, na 16 cm. Také se provedl RTG plic. Poté proběhla první plazmaferéza. Celkem bylo v plánu 5 procedur. Po druhém cyklu plasmaferéz se pacientce zlepšil zrak a byla schopna se pohybovat samostatně po pokoji bez cizí dopomoci. Také se objevila větší stabilita při chůzi, zvětšila se svalová síla. Proběhla porada s RS týmem, jaká další terapie bude následovat.

Během hospitalizace proběhlo mírné zlepšení, po kterém byla pacientka propuštěna domů. Pacientka byla při odchodu domů poučena o následující medikaci, byl nasazen azathioprin (Imuran 50 mg 1-0-0, při toleranci navýšení za týden na 1-0-1), v dalším týdnu bylo zažádáno o rituximab. Jako chronická medikace byl zaveden Prednison 10 mg při dávkování 1-0-0, Lyrica 75 mg 1-0-1, Zodak tbl 1-0-0, KCl 1-0-1, Helicid 10 mg 1-0-0, Azalia (antikoncepce), Calcichew tbl 1-0-0. Bylo jí sděleno, kdy se má zastavit na další ambulantní kontrolu (v polovině listopadu). Při ambulantním vyšetření pacientka podstoupí eventuálně sonografii břicha a udělají se odběry lačné glykémie a jaterních enzymů. Při odchodu byla pacientka afebrilní, ale stále přetrvávala spastická kvadruparéza (frustní na horních končetinách a stále těžká na dolních končetinách). Ke zlepšení došlo při vyšetření na lůžku – při flexi a extenzi kyčle a kolene. Chůzi pacientka zvládala samostatně pomocí chodítka, ač je její chůze těžce spasticko – paretická. Dokonce také zvládla zhruba 10 kroků s přidržováním se nábytku. Při odchodu jsme vydali pacientce poukazy a žádosti na

mechanický vozík a sedačku pod sprchu. Také byly vydány recepty pro následující medikaci. Pacientka plně rozuměla pokynům.

6.5 Model Hendersonové během hospitalizace pacientky

Jelikož se ve své kvalifikační práci zabývám problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou, zvolil jsem si model, který lze nejlépe aplikovat na své případy. Model ošetrovatelské péče od Virginie Hendersonové spadá pod tzv. koncepční modely. To znamená, že každý model čítá 4 hlavní oblasti, na kterém je postaven. Jedná se o zaměření na osobu, zdraví, prostředí a ošetrovatelství. Koncepční modely lze také modifikovat, nebo od nich upustit v případě, že již nejsou užitečné. Koncepční modely zároveň napomáhají zkvalitnění práce sester. Díky koncepčním modelům můžeme lépe pochopit pacienta jako holistickou bytost, jeho zdraví, prostředí, které na něj má vliv a v neposlední řadě také zkvalitníme naši ošetrovatelskou péči, protože pacienta lépe pochopíme.

Model Hendersonové se skládá z těchto částí:

1. Normální dýchání – pacientka nemá žádné problémy s dýcháním, při příjmu i po celou dobu hospitalizace jsem pozoroval eupnoe, kdy se dech pohyboval okolo 17 dechů/minuta.
2. Adekvátní strava a pití – pacientka se prvních pár dní během hospitalizace nedokázala pořádně najíst sama, vyžadovala pomoc od ostatních, měla problém s motorikou. Občas trpí nechutenstvím, pitný režim ale dodržuje.
3. Vylučování – pacientka trpí imperativní mikcí, pociťuje náhlé nutkání na močení. Občas to nese velmi špatně. Sdělila, že imperativní mikcí trpí již delší dobu, v podstatě se tento problém objevil ihned po diagnostice onemocnění.
4. Pohyb a udržování tělesné polohy, držení těla – pacientka má problémy se správným držením těla již od roku 2003, kdy se začaly projevovat první příznaky. Pacientka trpí spastickou kvadruparézou a při náhlém zhoršení příznaků má problém dojít bez opory nebo bez pomoci chodítka. Na konci hospitalizace pacientka ušla pár kroků i bez chodítka za stálého přidržování se zdi nebo zábradlí.
5. Spánek a odpočinek – pacientka většinou nemá problém se spánkem, pouze když se zhoršila její úzkost během hospitalizace, kdy si nebyla jistá výsledky, udávala zhoršené usínání a časté probouzení během noci. Ráno se však cítí odpočinutá.

6. Výběr vhodného oděvu – Pacientka si sama vybírá vhodný oděv, dokáže se většinou i sama obléct, někdy je nutná menší dopomoc personálu.
7. Udržování tělesné teploty – v této oblasti nemá pacientka problémy.
8. Udržování tělesné hygieny – pacientka nemá problém s udržováním tělesné hygieny, i během hospitalizace se snaží každý den sprchovat, většinou za pomoci personálu. Velmi dbá na svoji osobní hygienu („často se cítím nesvá, když se nemůžu vysprchovat nebo si nevezmu čisté oblečení“).
9. Vyvarování se nebezpečí z okolí i ublížení druhým – pacientka si je vědoma, že při zhoršení příznaků své nemoci není schopna dlouhodobější chůze, ani s chodítkem. V takovém případě vždy poprosí někoho z rodiny nebo personál, aby jí pomohl. Pacientka si je vědoma, že kdyby si neřekla o pomoc, upadla by a mohla by si ublížit.
10. Komunikace s okolím, vyjádření emocí, obav – pacientka obvykle nemá problém s vyjádřením emocí a obav, výjimkou bývají její úzkostné stavy, kdy je spíše uzavřena do sebe.
11. Konání pobožnosti dle vlastní víry – pacientka i její rodina jsou ateisté.
12. Práce na něčem, co je smysluplné – pacientka si je vědoma, že tělesné cvičení, kdy se snaží rozvíjet svou zručnost, jí pomáhá. Cvičí i doma s rodinou dle konzultace s fyzioterapeutem. Jinak žádné cvičení nenavštěvuje.
13. Hry nebo účast v různých formách rekreace – pacientka se nyní nezúčastňuje her ani rekreačních činností.
14. Učení se, objevování, uspokojení zvědavosti – pacientka sdělila, že má velikou zálibu v knihách. První den hospitalizace se mě ptala, zda si může nějakou knihu vypůjčit v knihovně na oddělení.

6.6 Ošetřovatelské problémy aktuální

6.6.1 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

Etiologie – z důvodu progresu některých příznaků Devicovy choroby.

Projevy subjektivní – pacientka dává najevo neschopnost se o sebe postarat, verbalizuje potřebu pomoci personálu při hygieně.

Projevy objektivní – Pacientka není schopna obstarat veškeré činnosti, které chce nebo potřebuje, vyžaduje pomoc od personálu při hygieně.

Očekávaný výsledek – Příznaky nemoci se sníží natolik, že pacientka nebude mít problém se sebedečnou v oblasti hygieny, anebo se naučí, jak se o sebe starat i při progresi příznaků.

Intervence – podporuj péči pacientky, pomáhej pacientce při zajištění činnosti, zajisti pacientce rehabilitační léčbu, podávej medikaci dle ordinace lékaře, podporuj pomoc rodiny, sděl pacientce veškeré potřebné informace.

Zhodnocení – Příznaky progresu se mírně zlepšily a výrazně přispěly k obnovení samostatně vykonávaných činností. Pacientka zvládá činnosti lépe než předtím, ochotně vítá rehabilitační péči.

6.6.2 00124 Beznaděj

Etiologie – zhoršení zdravotního stavu, dlouhodobý stres z nejasné progresu onemocnění.

Projevy subjektivní – Pacientka slovně vyjadřuje pocity beznaděje, nevěří si, má pocity nekompetentnosti, připadá si, že obtěžuje personál.

Projevy objektivní – Pacientka špatně udržuje oční kontakt, uhýbá očima nebo je sklápí k zemi, vzdychá, občas nemá náladu s námi hovořit, má problémy s rozhodováním.

Očekávaný výsledek – pacientka vyjádří své pocity, osvojí si způsob, jak pocitům beznaděje čelit,lepší se její rozhodování a projeví iniciativu v léčbě a cvičení.

Intervence – podporuj pacientku, vyslechni ji a poskytni potřebné informace, informuj rodinu a zapoj ji do léčebného procesu, povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů a emocí, pomoz pacientce si osvojit způsoby zvládnutí problémů, nauč pacientku nějakému relaxačnímu cvičení.

Zhodnocení – pacientka s námi již ochotně komunikuje, nevyjadřuje pocity beznaděje, dělí se s námi o své pocity a emoce, vyjadřuje radost, když za ní přijde rodina, projevuje odhodlání dál s nemocí bojovat.

6.6.3 00148 Strach

Etiologie – z neznalosti nejasných výsledků vyšetření, z pobytu v nemocnici

Projevy subjektivní – pacientka má pocit strachu z nejasností

Projevy objektivní – pacientka se červená, když s ní mluvíme o daných vyšetřeních, vyptává se, zda už víme výsledky, říká, že se bojí znát pravdu, bojí se progresu

onemocnění, kterou mohou výsledky ukázat. Lze u ní zpozorovat i mírný třes rukou a pohrávání si s prsty.

Očekávaný výsledek – pacientka se bude tvářit vyrovnaně a bude objektivně hodnotit svůj zdravotní stav, případně dojde k eliminaci strachu.

Intervence – uklidni pacientku, seznam ji se způsobem vyšetření a s jeho průběhem, ujisti pacientku, že se pokusíš výsledky zjistit co nejrychleji, podporuj pacientku ve svém rozhodování, dbej na psychický stav pacientky a zajímej se o její starosti. Podej pacientce potřebnou medikaci. Identifikuj zdroj strachu a podej pacientce co nejvíce potřebných informací.

Zhodnocení – pacientka projevila větší klid, když jsme jí vysvětlili průběh vyšetření. Také mi projevila větší důvěru, když se ujistila, že se zajímám o její starosti a snažím se jí vyhovět.

6.6.4 00146 Úzkost

Etiologie – z důvodu progresu zdravotních obtíží, neschopnosti chůze a sebepéče.

Projevy subjektivní – pacientka pocítuje úzkost související s denními úkony, které nezvládá nebo je zvládá špatně.

Projevy objektivní – pacientka dává najevo rozčilení, když se jí něco nedaří, jedná zbrkle, červená se. Jednou nás poprosila i o prášek na uklidnění. Občas se objevuje neklid a nespavost.

Očekávaný výsledek – U pacientky se bude projevovat úzkost v menší míře než nyní, sdělí nám, že se cítí lépe.

Intervence – ujisti pacientku, že jí kdykoliv pomůžeš, když bude třeba, podporuj její píli, zajisti pacientce rehabilitační péči, zajisti vhodnou medikaci ke zvládnutí úzkostných stavů, podporuj dobrý psychický stav pacientky.

Zhodnocení – pacientka projevuje menší míru úzkosti než ze začátku, ani tak ji ale zcela nepotlačila. Byla jí zajištěna rehabilitační péče.

6.7 Ošetrovatelské problémy potenciální

6.7.1 00152 Riziko bezmoci

Etiologie – vážné onemocnění, nemocniční prostředí a nedostatečná informovanost o průběhu léčby.

Očekávaný výsledek – nedojde k projevům bezmocnosti, pacientka bude vyrovnaná a ochotná spolupracovat při léčbě.

Intervence – dbej na psychický stav pacientky, dbej na dostatek informací, snaž se pacientce zpříjemnit pobyt v nemocnici, respektuj pocity a emoce pacientky, dávej najevo pochopení, případně zajisti pomoc psychologa.

Zhodnocení – nedošlo k žádným projevům bezmoci.

6.7.2 00004 Riziko vzniku infekce

Etiologie – z důvodu zavedení PŽK

Očekávaný výsledek – nedojde ke vzniku a rozvoji infekce po celou dobu hospitalizace i po následném propuštění z nemocniční péče, ani ke komplikacím, které mohou z infekce pramenit.

Intervence – dbej na přísně aseptický postup při zavádění PŽK, pravidelně kontroluj místo vpichu, sleduj změny v okolí vpichu, prováděj pravidelnou výměnu PŽK á 2 až 3 dny, zaznamenávej stav PŽK do dokumentace.

Zhodnocení – po dobu hospitalizace nedošlo k rozvoji infekce ani ke komplikacím.

6.7.3 00044 Riziko porušení kožní integrity

Etiologie – z důvodu zavedení dialyzační kanyly

Očekávaný výsledek – nedojde k porušení kožní integrity nebo jiných komplikací pramenících z porušení kožní integrity.

Intervence – dodržuj přísně aseptický přístup, pravidelně místo ošetřuj, kontroluj místo vpichu, zaznamenávej stav místa vpichu do dokumentace, dbej na důkladnou hygienu místa vpichu.

Zhodnocení – nedošlo k porušení kožní integrity.

6.7.4 00155 Riziko pádu

Etiologie – z důvodu zhoršených příznaků onemocnění

Očekávaný výsledek – nedojde k pádu pacientky, pacientka si je vědoma rizika pádu spojeného s jejím onemocněním, vyžaduje pomoc od personálu, informuje personál o svém stavu (vertigo, slabost).

Intervence – aktivně komunikuj s pacientkou, nabízej pomoc, informuj pacientku o riziku pádu, pouč pacientku o riziku pádu, dbej na bezpečnost pacientky

Zhodnocení – nedošlo k pádu pacientky, pacientka dbala na svou bezpečnost a v případě potřeby se dožádala pomoci personálu. Ke svému stavu přistupovala velmi zodpovědně.

7 KAZUISTIKA Č. 2

7.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Můj druhý pacient byl přijat na oddělení Neurologické kliniky v polovině října 2017 (12.10.2017) z důvodu ataky roztroušené sklerózy. Pacient se narodil 19.8. 1994, tedy jde o velmi mladého jedince, u kterého vyvstalo podezření na demyelinizační onemocnění na začátku července tohoto roku. Stejný měsíc mu bylo diagnostikováno demyelinizační onemocnění CIS.

Pacient při příjmu byl lucidní, řeč bez potíží, nystagmus není. Pacient byl zařazen do sledování Observační studie adherence a snadnosti používání aplikátoru Rebismart v klinické praxi DORADA.

Nyní je hospitalizován podruhé v důsledku ataky nasedající na prodělanou virózu. Od 10. 10 pacient začal pozorovat nové obtíže na levostranných končetinách, poruchu citlivosti a slabost, zhoršila se jeho chůze a jemná motorika levé ruky. Při zhoršení jeho potíží se dostavil na příjmovou ambulanci, kde se doporučila hospitalizace. Po dvou dnech hospitalizace pacient stále pociťuje mírné příznaky nachlazení jako při infektu horních cest dýchacích, při dotazu, jak se cítí po podání přípravku Solu–Medrol, údajně necítí žádné výraznější změny k lepšímu. I tak je ale schopný si dojít na toaletu v případě potřeby, s pomůckami. V noci pacienta kontrolujeme á 2 hodiny, zatím nedošlo k žádným výrazným komplikacím nebo k relapsu onemocnění. Přetrvává těžká paréza, pacient močí do močové láhve, zůstává medikace + ACC Long na nachlazení. Během těchto dvou dnů se snížila i tělesná teplota pacienta na 36,6 a již nedošlo k opětovnému zvýšení.

Je doporučeno dokončit pulz kortikoidů – celkem 5g, následuje kontrolní MR ambulantně zhruba na konci listopadu. Pacient dostal žádanku a doporučení.

Po 14 dnech se pacient na neurologické oddělení vrátil pro zhoršení příznaků onemocnění, nicméně to už má praxe na oddělení skončila. Další stav pacienta a ošetřovatelskou problematiku jsem tudíž už neměl možnost sledovat.

Rodinná anamnéza

Co se týče rodinné anamnézy, pacient je bez zátěže. V rodině se dosud neobjevilo žádné demyelinizační onemocnění.

Sociální anamnéza

Pacient žije s rodiči a pracuje jako elektromechanik ve firmě Škoda Plzeň.

Abúzus

Pacient je kuřák, počet vykouřených cigaret během jednoho dne je zhruba 7.

Farmakologická anamnéza

Rebif subkutánně, Helicid, Medrol, ACC Long (z důvodu přetrvávajících příznaků nachlazení)

7.2 Katamnéza

Dosud zdravý 23letý pacient začal pociťovat první příznaky v červenci 2017. Pacient začal mít náhle pocit necitlivosti pravé dolní končetiny, stehna a lýtka. Tentýž večer měl pocit difúzně na pravé horní končetině. Pacient popsal pocity přežené ruky, pravá dolní končetina se mu zdála slabší. Pro tyto potíže byla 20.7. 2017 provedena MR mozku s nálezem vícečetných suspektních demyelinizačních lézí se sycením, nález svědčil pro RS se známkami aktivity.

Při prvním příjmu se objevila lehká paréza pravé horní končetiny, byla lehce zhoršená jemná motorika na pravé ruce. Objevila se jemně spastická chůze vpravo. V základní laboratoři se objevila pouze elevace ALT, mozkomíšní mok byl s obrazem serózní zánětlivé reakce (proteinocytologická asociace, lehce zvýšená bílkovina). Tento stav byl vyhodnocen jako první ataka roztroušené sklerózy. Kortikoidy se jevily s velmi dobrým efektem – subjektivně i objektivně ústup pravostranné hemiparézy.

V srpnu byl jeho stav výrazně upraven, nejevily se žádné potíže, pouze po delší chůzi si stěžoval na lehce slabší pravou dolní končetinu. Nicméně chůze bez omezení, močení normální, nejeví se známky inkontinence.

7.3 První setkání s pacientem

Pacient byl přijat na oddělení Neurologické kliniky z důvodu relapsu onemocnění v důsledku virózy. Výrazně se zhoršily příznaky nemoci, v průběhu hospitalizace tedy bude podávána potřebná terapie.

Pacient byl při příjmu lucidní, orientovaný časem, místem i osobou, komunikoval bez problémů. Nejevily ani známky špatného psychického rozpoložení. Sepsal jsem s ním ošetřovatelskou anamnézu, kdy jsem použil Barthelův test všedních činností s výsledkem

65 bodů. Co se týče fyziologických funkcí, byly v normě – TK 125/70, TF 70', eupnoe 17 dechů/minuta, normotermie. Dýchání je občas zhoršené vlivem kouření a nyní i vlivem nachlazení. Bolest pacient neguje. Tyto hodnoty se výrazně neměnily ani během hospitalizace. Pacientovi byl zaveden PŽK.

Edukace

Pacienta jsme nejdříve edukovali v oblasti polohování, v péči o invazivní vstupy (z důvodu zavedení PŽK), prevenci šíření infekce (z důvodu zavedení PŽK), prevenci pádu, manipulaci s lůžkem, bolesti a poučení o alergenech v nebalených potravinách.

Pacientovi byla v září schválena léčba Rebifem 44. Pacient se dostavil k provedení instruktáže a zahájení léčby. Pacientovi bylo sděleno, jak lék uskladnit, jak jej připravit k aplikaci a aplikovat jej pomocí přístroje Rebismart. Pacient byl podrobně obeznámen o skladování léku v chladničce při 2–8 stupních, kdy před samotnou aplikací musí lék z chladničky vyjmout a nechat ohřát na pokojovou teplotu. Aplikace se provádí 3x týdně ve večerních hodinách po umytí aplikačního místa klasickým mýdlem a osušení, do přesně určených míst, které střídáme. Nelze přípravek aplikovat do místa, kde se nachází poranění, boulička či jiné změny. V den aplikace se nepijí alkoholové nápoje. Jelikož Rebif 44 mívá často nežádoucí účinky podobné chřipce, lze si před aplikací vzít Paralen nebo Brufen 400 mg. Taktéž se pacient poučil o tom, že v případě větších nežádoucích účinků nebo komplikací může kontaktovat edukační sestru.

7.4 Hospitalizace

Pacient byl při příjmu uložen na lůžko. Během dne nedošlo k žádným komplikacím, podávala se medikace dle ordinace lékaře a kontroloval se žilní vstup. Jelikož byl pacient nachlazený, pravidelně se měřila také teplota a fyziologické funkce. V noci se pacient kontroloval á 2 hodiny z důvodu rizika pádu. Při dotazech, jak se cítí, pacient odpověděl, že nevidí známky zhoršení ani zlepšení.

Už během následujícího dne dochází k progresi postižení levostranné hemiparézy – těžká paréza v zápěstí vlevo, chůze jen na krátkou vzdálenost pouze s výraznou dopomocí druhé osoby. Podán puls kortikoidů v celkové dávce 5 g intravenózně, stav se mírně zlepšuje, nicméně stále přetrvává levostranná hemiparéza. Extenzi prstů neprovede. Chůze přetrvávala spasticko – ataktická vlevo a stále je nutná dopomoc druhé osoby. Po domluvě s pacientem byl přeložen k doléčení na Neurorehabilitační oddělení. Ambulantně se doplní kontrolní MR mozku, poté následuje kontrola v poradně. Byl převezen sanitou.

Jako terapie byly podávány následující léky: Solu-medrol v celkové dávce 5g intravenózně, Clexane subkutánně, Rebif subkutánně, Helicid, Medrol, ACC Long (z důvodu přetrvávajících příznaků nachlazení)

7.5 Doporučení a poslední medikace při propuštění

Kontrolní MR mozku 22.11. 2017

Kontrola v MS poradně v MS centru v pondělí 27.11.2017

Medrol 16g 2-0-0 ještě tři dny (s Medrolem klesat vždy o polovinu dávky á 5 dní, ponechat na dávce 4mg denně do doby kontroly v MS centru), Helicid 20mg 1-0-0, Kalium Chloratum 1-0-1, Clexane 0,4ml subkutánně večer, Vigantol 15 kapek ráno v pondělí, Rebif 44 subkutánně 3x týdně (pacient si dávku titruje podle doporučení z MS Centra).

7.6 Model Hendersonové během hospitalizace pacienta

1. Normální dýchání – pacient obvykle nemívá problémy s dýcháním, eupnoe. Během posledních dní, kdy byl nachlazený, pozoruje dýchání zhoršené, pokašlávání, zahlenění. Občas má problémy s dýcháním v důsledku kouření. Toho si je údajně vědom.
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin – pacient nemá problém s přijímanou stravou, pozorují ale, že jí méně, než by měl. Pacient to přikládá za vinu nynějšímu nachlazení, doplňky stravy nepožaduje. Pitný režim dodržuje bez problémů, vypije 1 až 2 litry denně, dle potřeby.
3. Vylučování – pacient nemá problémy s vylučováním ani s mikcí. Problémy s mikcí nenastaly ani při relapsu onemocnění.
4. Pohyb a udržování vhodné polohy – pacient má výrazný problém s pohybem. Chodí velmi špatně, před odezněním příznaků nebyl schopný chodit vůbec. Nyní, po zmírnění příznaků chodí pomocí chodítka nebo se přidržuje zdí. Sám ale přiznává, že ujde krátkou vzdálenost. V posteli se přetáčí sám bez problémů, není nutné polohování.
5. Spánek a odpočinek – Pacient udával, že nikdy dříve neměl problém se spánkem. První dva dny během hospitalizace udával problémy se spánkem, kdy nemohl usnout a v noci se často budil z důvodu nachlazení. Pacienta trápil kašel a časté smrkání. Po spánku se cítil unavený a často pospával během dne. Po dvou dnech se stav zlepšil a k problémům se spánkem již nedošlo.

6. Vhodný oděv, oblékání a svlékání – pacient se obléká sám bez problémů, občas ale potřebuje drobnou pomoc.
7. Udržování tělesné teploty – první a druhý den hospitalizace byl pacient mírně subfebrilní (TT 37,4), byl mu podáván ACC Long a Paralen. Během dalších dní byl pacient již normotermický a ke zvýšení teploty již nedošlo.
8. Udržení upravenosti těla a hygieny – pacient udržuje hygienu, do koupelny a sprchy dojde s dopomocí nebo pomocí chodítka, na začátku hospitalizace vyžadoval velkou pomoc, kdy jsme jezdili s pacientem do koupelny na vozíku. Jinak se pacient obstaral sám.
9. Vyvarování se nebezpečí, ublížení druhým – pacient si je vědom rizika pádu a dbá na svoji bezpečnost. Pokud si není jistý nebo cítí slabost v nohou, požádá o pomoc personál, případně svého spolupacienta.
10. Komunikace s ostatními, vyjádření svých obav a emocí – pacient je velmi komunikativní, vyprávěl mi spoustu příběhů ze svého života, má optimistický přístup ke své nemoci a k léčbě. Nebojí se zeptat na informace, strach a obavy ale neprojevuje, protože již jednou stejnou hospitalizaci zažil. Snaží se maximálně spolupracovat s personálem a podílet se na rehabilitaci.
11. Vyznávání vlastní víry – pacient je ateista, jeho rodiče taktéž.
12. Smysluplná práce – pacient věří, že pomocí kvalitní rehabilitace a procvičování dosáhne úspěchu, a to je pro něj smysluplné. Projevuje silnou motivaci v přístupu ke svému onemocnění.
13. Hry nebo účast na různých formách rekreace a odpočinku, relaxace – pokud to pacientův stav dovoluje, podniká s rodiči různé rekreační akce. Pacient neumí relaxovat. Tvrdí, že u relaxace nevydrží, že odpočívá spíše pomocí různých aktivit, které může podniknout.
14. Učení, objevování nového, zvědavost – pacient projevuje zájem v léčbě a zjišťování informací o své nemoci. Sdílel mi, že ho velmi zajímá, jaký dopad bude mít nemoc na jeho život, snaží se vše ale vnímat optimisticky.

7.7 Ošetřovatelské problémy aktuální

7.7.1 00095 Porušený spánek

Etiologie – z důvodu kašle a zahlenění

Projevy subjektivní – pacient má pocity, že nemůže dýchat, cítí se unavený a neodpočatý, malátný.

Projevy objektivní – pacient je viditelně unavený a nemá zájem příliš komunikovat, sděluje nám problémy se spánkem, kdy se v noci často budí a snaží se odkašlávat, špatně se mu dýchá.

Očekávaný výsledek – pacient bude spát alespoň 6 hodin.

Intervence – eliminuj rušivé podněty, uprav prostředí ke spánku, zeptej se na zvyky pacienta před spaním, podej medikaci dle ordinace lékaře, kontroluj pacientův spánek á 3 hodiny.

Zhodnocení – poté, co nachlazení odeznělo, pacient sděluje, že se mu spí lépe, usíná dříve a spánek je kvalitnější. Během kontrol v noci á 3 hodiny již dále nedocházelo k výrazným problémům ve spánku.

7.7.2 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

Etiologie – z důvodu relapsu onemocnění

Projevy subjektivní – pacient vzdychá a tváří se bezmocně, když se snaží vykonat nějakou činnost

Projevy objektivní – neefektivní uspokojení potřeb, pacient vyžaduje dopomoc při hygieně, ruce a nohy pacienta „neposlouchají“. Pacient sděluje, že jej tento stav rozčiluje a chce, aby se to zlepšilo.

Očekávaný výsledek – pacient bude schopen uspokojit své hygienické návyky

Intervence – podporuj pacienta v činnosti, pomoz mu, pokud potřebuje, nech pacienta, aby činnost vykonával pokud možno sám, vyhledej fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta.

Zhodnocení – efektivita vykonávané činnosti se zvýšila, pacient projevuje radost nad zlepšováním, je schopen si obstarat základní hygienu.

7.7.3 00007 Hypertermie

Etiologie – z důvodu přetrvávajícího nachlazení

Projevy subjektivní – pocity horka a zimnice, pocit slabosti a únavy, návaly horka

Projevy objektivní – pacient je na dotek horký, tváře má červené, nadměrně se potí. Cítí se unavený a nechce se mu vstávat z postele, sděluje, že mu není dobře a vyžaduje medikaci.

Očekávaný výsledek – pacientova teplota se sníží na normální hodnoty

Intervence – podávej medikaci dle ordinace lékaře, měř pravidelně tlak, pulz a teplotu, pravidelně měň ložní prádlo, zajisti dostatečný přísun tekutin.

Zhodnocení – teplota pacienta se po dvou dnech snížila na normální hodnotu, pacient sděluje, že už je mu lépe a lépe se mu i dýchá.

7.7.4 00134 Nauzea

Etiologie – z důvodu přetrvávajícího nachlazení

Projevy subjektivní – nepříjemné pocity nevolnosti, únava a malátnost, neklid, nechutenství

Projevy objektivní – bledost, pocení, pacient sděluje, že je mu špatně a že má pocity na zvracení, málo jí a pije.

Očekávaný výsledek – pacientova nevolnost se sníží nebo úplně odezní

Intervence – podávej medikaci dle ordinace lékaře, v případě zvracení podej infuzní terapii, zajisti dostatečný přísun tekutin

Zhodnocení – pacient sděluje, že nevolnost odezněla a že už je mu lépe. Již není tak unavený a má větší chuť k jídlu.

7.8 Ošetřovatelské problémy potenciální

7.8.1 00004 Riziko infekce

Etiologie – z důvodu zavedení PŽK

Očekávaný výsledek – nedojde k rozvoji infekce v místě vpichu

Intervence – pravidelně kontroluj místo vpichu (otok, zarudnutí), dodržuj aseptický přístup při zavádění PŽK, prováděj pravidelnou výměnu PŽK á 2-3 dny, respektuj pocity pacienta (bolest, pálení, pocity tlaku).

Zhodnocení – nedošlo k rozvoji infekce po celou dobu hospitalizace.

7.8.2 00155 Riziko pádu

Etiologie – z důvodu špatné stability pacienta při relapsu onemocnění

Očekávaný výsledek – nedojde k pádu a poranění pacienta, pacient si bude vědom rizika pádu a bude respektovat pokyny personálu.

Intervence – pravidelně kontroluj pacienta, ujisti se, že lůžko a jeho okolí je pro pacienta bezpečné, na noc zajisti pacienta v lůžku pomocí postranic, aby nedošlo k pádu, poskytni pacientovi pomoc při chůzi, obeznam pacienta o riziku pádu

Zhodnocení – za celou dobu hospitalizace nedošlo k pádu a ohrožení zdraví pacienta.

8 MŮJ DEN V MS CENTRU – EDUKACE PACIENTŮ

Jeden den ze své praxe jsem dostal možnost se zúčastnit přímé edukace v MS centru na Neurologické klinice ve Fakultní nemocnici Lochotín. Jelikož i ve své teoretické části se zabývám edukací pacientů s roztroušenou sklerózou, tuto možnost jsem velmi uvítal.

V následujících odstavcích bych rád popsal, jak probíhá vlastní edukace pacienta. I když jsem toto téma nastínil v teoretické části, nyní bych se k němu rád vrátil podrobněji.

Edukaci pacientovi poskytuje edukační sestra. Po jeho příchodu do ambulance nejprve může pacienta vyslechnout, jelikož psychické problémy často roztroušenou sklerózu dlouho doprovázejí, a nikdy zcela nepominou. Sestaví si také pacientovu anamnézu – zda je svobodný, zda neměl od poslední návštěvy žádné problémy, zda se cítí dobře.

Pokud pacient přichází za účelem nasazení léčby, má sestra určitý rámeček, díky kterému poskytne pacientovi všechny potřebné informace. První informace, které pacient od edukační sestry dostane, se týkají samotného léčivého přípravku. Jelikož přípravků je na našem trhu více, každý z nich se pochopitelně liší co do dávkování, složení i nežádoucích účinků. Lze se s pacientem dohodnout, jaký přípravek mu bude vyhovovat nejvíce. Sestra pacientovi může poskytnout materiály, které mu jeho volbu usnadní.

V další řadě sestra pacientovi popíše, jak přípravek působí. Jedná se v podstatě o základní informace – snižování množství a závažnosti relapsů, zpomalení rozvoje nemoci, prodloužení aktivního života a průceschopnosti. Sestra nesmí zapomenout několikrát zdůraznit spolupráci pacienta při léčbě, jelikož to je základní požadavek pro úspěšnou léčbu. Do této spolupráce spadají například pravidelné lékařské prohlídky (kontroly dle zvyklostí daného MS centra, v případě zhoršení neurologických příznaků nebo relapsu by se měl lékař navštívit co nejdříve), pravidelné odběry krve (první odběr za 3 týdny, eventuálně při kontrole za měsíc po zaučení, další dle ordinace lékaře. Sestra nezapomene zdůraznit, proč jsou odběry krve tak důležité), a podobně.

Nežádoucí účinky tvoří značnou část celé léčby. Žádný léčivý přípravek není bez nežádoucích účinků, a ani zde tomu není jinak. Většinou se jedná o takové nežádoucí účinky, které mohou ovlivnit pacientův postoj k léčbě. Pro některé přípravky s interferonem beta (Rebif, Avonex) je naprosto typický tzv. flu-like syndrom, kdy se

pacient cítí nemocný a není schopen jít do práce. Nežádoucí účinky tohoto přípravku se postupně snižují, čím déle trvá léčba. V případě obtíží lze vzít Paralen nebo Ibalgin, kterým obvykle běžně řešíme nachlazení. Také se může objevit změna laboratorních testů (zvýšení jaterních enzymů, snížení leukocytů), a v neposlední řadě i deprese. V případě přípravku na bázi glatiramer acetátu (Copaxone) se může objevit náhlá reakce krátce po aplikaci. Pacient může cítit dušnost, bušení srdce, úzkost, zčervenání. Tuto reakci nazýváme „Copaxonový šok“. Pacient se obvykle vyděsí a volá záchrannou službu, jedná se však o reakci, která po pár minutách sama odezní. Edukační sestra pacientovi sdělí, jak se v případě výskytu nežádoucích účinků chovat, případně jak je potlačit, pokud to lze.

Pokud pacient užívá další léky, sestra jej informuje, že obvykle lze léčivý přípravek kombinovat s běžnými skupinami léků – antibiotiky, antipyretiky, analgetiky, vitamíny, minerály, antikoncepcí. V případě roztroušené sklerózy se dokonce doporučuje užívat vitamin D alespoň jednou týdně. Vždy by se měl pacient však poradit s lékařem.

Stejně tak v případě, kdy jde o těhotnou ženu nebo ženu, která se chystá otěhotnět, sestra mluví o tom, že v případě plánovaného těhotenství by se měla pacientka poradit s lékařem, že v době těhotenství je nutné přerušit léčbu a doba kojení čítá maximálně 4 měsíce.

Alkohol by se samozřejmě nejen při tomto onemocnění neměl pít vůbec. Mnoho pacientů se však nedokáže vyrovnat se svým nevléčitelným onemocněním a v alkoholu hledá útěchu. Edukační sestra by pacienta měla poučit, že v den aplikace by se alkoholu měl vyvarovat úplně (platí to i pro kouření), a jindy ho pít pouze příležitostně.

Důležitou součástí edukace jsou informace o uchovávání léčivého přípravku. Pro každou skupinu přípravků platí trochu jiná pravidla pro uchovávání, nicméně tři podmínky platí pro všechny skupiny – chránit před mrazem, světlem a pravidelně kontrolovat expiraci. Potom již záleží na dané skupině. Rebif se uchovává například v chladničce v rozmezí 2 až 8 stupňů Celsia, kdežto Betaferon při pokojové teplotě do 25 stupňů Celsia.

Dávkování se také liší na základě jednotlivých skupin přípravků. Rebif se aplikuje 3x týdně ve stejnou dobu a ve stejných třech dnech. Při vynechání dávky se pokračuje podle původního schématu a dávky se nezdvojují. Avonex se aplikuje dokonce pouze 1x týdně. Betaferon se aplikuje obden, ve stejnou dobu a nesmí se aplikovat dva dny po sobě. Copaxone se aplikuje každý den (20mg) nebo obden (40mg).

S dávkováním souvisí i výběr místa vpichu. Pacient dostane k dispozici aplikační deník, kam si vždy po aplikaci zaznamenává místa vpichu. Má tak lepší přehled o tom, kam přípravek aplikovat příště. Edukační sestra mu samozřejmě ukáže, která místa jsou k aplikaci určená. Pacient by měl vědět, že místa je potřeba obměňovat, neaplikovat přípravek na stejné místo dvakrát po sobě. Také by měl vědět, kam naopak přípravek aplikován být nemá – zduření, uzlíky, bolestivá místa, zarudnutí, strie, pihy, žilky, a podobně.

Většina lidí, i pacientů s roztroušenou sklerózou, cestuje. I při cestování, zvláště letadlem, by měl mít pacient na paměti pár základních pravidel. Pokud cestuje do zahraničí, měl by se snažit zjistit, zda na místě ubytování mají chladničku pro uchování přípravku. MS centrum pacientům vydává průkaz, kdy, například při cestování letadlem, mohou mít injekce s přípravkem v příručním zavazadle, aby nedošlo k jejich poškození a znehodnocení.

Následně se přistupuje k praktické části edukace, která mnohdy pro pacienta bývá tou nejtěžší. Mnoho lidí má fobii z jehel nebo se zkrátka bojí si „něco někam píchnout“. Edukační sestra ví, že není důvod k obavám a měla by umět s pacientem v tomto ohledu pracovat. Samotná aplikace paradoxně bývá právě to nejmenší, čemu musí pacient s roztroušenou sklerózou čelit. Nacvičuje se příprava léku k aplikaci, přejde se k nácvičku aplikace a následně k samotné aplikaci. Pacient dostane k dispozici autoinjektor, který nemocnému s aplikací výrazně pomůže. Při použití autoinjektoru by se mělo postupovat podle návodu, neměl by se používat s prázdnou stříkačkou a neměl by se mýt pod vodou. Obvykle na něm lze také nastavit hloubku vpichu. Edukační sestra pacienta vede postupně všemi důležitými kroky – mytí rukou, desinfekce místa vpichu (při aplikaci Copaxonu místo nedesinfikujeme, pokud aplikujeme v domácím prostředí), zachování sterility, přidržení kůže v místě vpichu, vpich vést kolmo, aplikace přípravku rovnoměrným tlakem, při vyjmutí injekce přiložení čtverce a následně vyjmutí jehly, mírné stlačení místa vpichu, používání suchých čtverců z mulu či buničiny. Samotná aplikace léku vyžaduje samozřejmě cvik. Pacient sám musí zjistit, jaká denní doba a jaké prostředí mu vyhovuje nejvíce, také musíme vzít na vědomí věk člověka. Mladším lidem obvykle stačí méně času na nácvik než lidem starším, kterým obvykle musíme s aplikací pomáhat vícrát. Staří lidé také obvykle nedokážou vstřebat tolik informací, jako lidé mladší, a to bychom měli mít na paměti.

Nedílnou součástí edukace je také to, jak naložit s použitými jehlami. Pacienti si obvykle aplikují přípravek doma, kdy mají nutkání použité jehly hodit do odpadkového koše. Proto v MS centru spolu s přípravkem dostanou také kontejner na jehly, kam je po použití vyhazují. Plný kontejner se poté odnáší do lékárny nebo zpět do MS centra.

Na závěr edukace je nutné zdůraznit nejdůležitější body, kterými jsou:

- 1) způsob uskladnění léku
- 2) zachování sterility
- 3) výběr správného místa vpichu + jejich střídání
- 4) neprostříkávat jehlu
- 5) vpich vést kolmo k tělu

Není žádnou výjimkou, že pacient k edukaci dochází víckrát. Musíme mít na paměti totiž to, že se jednak stále vyrovnává se svou nemocí, které se v podstatě musí přizpůsobit, včetně svého způsobu života, ale edukace zahrnuje také spoustu informací, které si pacient po první návštěvě nemusí pamatovat.

Sestřička z MS centra, která mi možnost zúčastnit se edukace nabídla, byla velmi milá a vše mi ochotně vysvětlila. Dozvěděl jsem se také několik zajímavostí navíc o lécích i o běžné praxi, která v MS centru probíhá. Během edukace proběhlo i pár telefonních hovorů, které potvrdily moji domněnku, že sestřičky z MS centra jsou skutečně také rádkyněmi pacienta, kdykoli to potřebuje. Dává to tedy pacientům jistotu, že mají podporu zdravotnického pracovníka v jakoukoliv dobu, a že se na něj mohou kdykoliv obrátit.

9 DISKUZE

Zcela úmyslně jsem si vybral dva případy, které se od sebe svým způsobem liší co do typu onemocnění, tak také do závažnosti. U druhého pacienta nelze předvídat, jak se jeho onemocnění bude vyvíjet dále, ale pro toto porovnání je důležitý jeho nynější stav.

Zatímco jeden z mých případů má progresivní typ – Devicovu chorobu, druhý případ trpí relaps – remitentním typem RS. Zprvu byl pacientovi diagnostikován CIS (pokud došlo pouze k jediné atace bez relapsu), po druhé atace se diagnostikovalo již samotné onemocnění. U první pacientky, jíž byla diagnostikována Neuromyelitis optica (Devicova choroba), se příznaky projevovaly v daleko větší míře a onemocnění poměrně rychle progredovalo.

Poměrně veliký rozdíl byl i v přístupu obou pacientů ke svému onemocnění. Zatímco první pacientka ke svému onemocnění přistupovala zcela vážně, zodpovědně a projevovala úzkost, když měla nedostatek informací, druhý pacient působil dojmem, že si onemocnění ještě zdaleka tolik nepřipouští. Nejspíš v tom hrál roli i čas, kdy se onemocnění diagnostikovalo. První pacientka s nemocí žije několik let, zatímco druhý pacient teprve pár měsíců. Také projevoval menší míru úzkosti navenek a nepožadoval tolik informací jako první pacientka.

Ačkoliv oba případy byly relativně odlišné, ošetrovatelská péče se výrazným způsobem neměnila. Ke změně došlo pouze ve speciálních případech, kdy první pacientce byla zavedena dialyzační kanyla. Oba dva případy jsem sledoval jednak z hlediska ošetrovatelského (péče o PŽK, polohování, dopomoc v hygieně apod.) a jednak z hlediska duševního (strach a úzkost pacienta, faktory, které měly vliv na jeho psychický stav apod.). Snažil jsem se na oba pacienty působit takovým způsobem, aby se cítili v mé přítomnosti dobře a aby si byli jisti mým profesionálním přístupem. Přistupoval jsem k oběma pacientům jako k holistickým bytostem a snažil jsem se jim poskytnout péči ve vší komplexnosti.

Během svého výzkumu jsem se samozřejmě pokusil i pozorovat organizaci práce na oddělení. Došel jsem k názoru, že na rozdíl od ambulantní péče MS Centra, kde se problematiku RS zaměřují, lůžkové oddělení nemá dostatečnou kapacitu personálu ani čas k tomu, aby se takto nemocným pacientům skutečně věnovalo ve všech ohledech. Největším nepřítelem kvalitní ošetrovatelské péče je čas, zvláště na lůžkových odděleních.

Personál nemá příliš času věnovat se individuálně každému pacientovi, což je škoda, protože i od pacienta mohou sestry načerpat nové informace a zkušenosti, které se jim mohou hodit do další praxe.

O něco pozitivněji vnímám psychologický přístup sestry k danému pacientovi v dnešní době. Ten rozhodně ještě před pár lety nebyl samozřejmostí. Tuto skutečnost jsem měl možnost porovnat pomocí jiné kvalifikační práce na toto téma z roku 2013. Ač se nejedná o tak starý výzkum, autorka práce během zpracovávání své kvalifikační práce upozorovala, že ze strany ošetřujícího personálu v podstatě chybí péče o psychiku pacienta. Nepočítalo se s psychickými problémy, nahlíželo se spíše na ty fyzické. Nebylo obvyklé zajišťování psychologické nebo psychiatrické péče. Dnes už bývá psycholog obvykle součástí týmu, a pokud není, je snadno dostupný a lze jeho péči pro pacienta poměrně snadno zajistit.

Dalším výrazným zlepšením je kvalita edukace pacienta. Dle práce z roku 2013 při edukaci pacienta všeobecná sestra nezmínila několik informací, které by mohly být pro pacienta důležité, ani se nejevila být pacientovi takovou oporou či partnerem v boji proti RS. Po své zkušenosti v MS Centru mohu konstatovat, že v této oblasti jsem nezpozoroval žádné výrazné problémy. Edukační sestra zmínila všechny podstatné informace, zodpověděla pacientovi dotazy, poskytla mu cenné rady a v neposlední řadě se zmínila i o tom, že v případě jakýchkoliv obtíží ji může pacient neprodleně kontaktovat. Myslím si, že i tato skutečnost může pacientovi velmi usnadnit život, zvýšit jeho motivaci k léčbě a zlepšit jeho celkové prožívání. Jistota, kterou pacient v sestře má, je pro něj jistě velmi cenná. Dle práce z roku 2013 v neurologických ambulancích nebo na odděleních chyběly edukační materiály ve formě letáků, brožur a podobně. Tyto materiály sice k dispozici byly, ale v malém množství, nebyly tak snadno dostupné, a navíc pacienta informovaly jen a pouze o samotné podstatě onemocnění. I zde pozoruji výrazné zlepšení. Edukačních materiálů je více a jsou snadno dostupné pro každého v čekárně neurologických ambulancí. Pacienty s RS podporuje i mnoho organizací, jako například RS Kompas, který svým členům bezplatně pravidelně zasílá magazín s různými tipy a triky pro lepší život. Pacienti spoustu užitečných informací v tištěné podobě dostanou i během své první edukace u své edukační sestry.

S velikým potěšením pozoruji, že se čím dál více zdravotníků, zvláště všeobecných sester, zajímá o problematiku této nemoci, a snaží se v této oblasti dále vzdělávat.

10 ZÁVĚR

V teoretické části své bakalářské práce jsem se pokusil zmapovat podstatu roztroušené sklerózy mozkomíšní. Věnoval jsem se nejen základní anatomii nervového systému, ale také příznakům, diagnostice a léčbě. Poukázal jsem na důležitost přítomnosti všeobecné sestry během léčby a dalších důležitých postupů. Zaměřil jsem se také na psychiku pacienta, která je v ošetrovatelské péči neopomenutelným faktorem a všeobecná sestra by na ni v žádném případě neměla zapomenout.

V praktické části jsem se zaměřil na dvě kazuistiky, kdy jsem záměrně zvolil dva rozdílné pacienty, co se týče progresu onemocnění a také jejich zázemí. Vzájemným porovnáním jejich rozdílného přístupu jsem se snažil poukázat na skutečnost, že ke každému pacientovi je potřeba přistupovat individuálně nejen v některých oblastech ošetrovatelské péče. V závěru své kvalifikační práce bych rád shrnul své dojmy z poskytované péče pacientům s roztroušenou sklerózou. Při výzkumu jsem si stanovil dílčí cíle, na které jsem se během výzkumu zaměřil. První cíl byl zaměřen na kvalitu a dostatek ošetrovatelské péče. Druhý cíl byl zaměřen na edukaci pacienta. Třetí cíl se věnoval tomu, jak ošetrovatelský personál informuje pacienta o jeho nemoci.

Co se týče prvního cíle, lze konstatovat, že ošetrovatelská péče v případě hospitalizace pacienta byla dostatečná. Pacient se vždy od lékaře nebo sestry dozvěděl, jak bude jeho léčba probíhat, v případě problémů se mohl na ošetrovatelský personál obrátit. Druhý cíl – tedy edukace pacienta – byl splněn úspěšně, v mé přítomnosti edukace pacientky, která začínala s léčbou Copaxone, proběhla bez výhrad. Třetí cíl se mi jeví poněkud rozporuplně, osobně si myslím, že všeobecné sestry neposkytují pacientovi dostatek informací o jeho nemoci a při doplňujících otázkách byl pacient odkázán na svého ošetřujícího lékaře. Největším nepřítelem kvalitní ošetrovatelské péče je čas, zvláště na lůžkových odděleních.

Věřím, že má kvalifikační práce bude do budoucna přínosem do praxe a poskytne lepší náhled na pacienta s roztroušenou sklerózou jako na holistický celek. Všeobecné sestry dnes mohou dosáhnout vysoké úrovně svého vzdělání a na základě toho dochází i ke zlepšení celkové péče o neurologicky nemocné pacienty. Ošetrovatelství se dnes již stává plnohodnotným partnerem nejen medicíně, ale také pacientovi samotnému.

11 ZDROJE

1. AMBLER, Z., *Základy neurologie*. 7. Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. BENEŠOVÁ, Y., *Roztroušená skleróza a jiná demyelinizační onemocnění: Diagnostika, léčba, diferenciální diagnostika*. Brno : Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Neurologická klinika Fakultní nemocnice Brno, 2014.
3. BERLIT, P., *Memorix neurologie*. Překlad 4. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. str. 376. ISBN 978-80-247-1915-3.
4. DYLEVSKÝ, I., *Funkční anatomie*. 1. vydání. Praha : Grada publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
5. FULLER, G., *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1914-6.
6. HAVRDOVÁ, E., et al. *Roztroušená skleróza v praxi*. 1., Praha 5 : Galén, 2015. str. 116. ISBN 978-80-7492-189-6.
7. HAVRDOVÁ, E., *Roztroušená skleróza*. 1. Praha : Mladá Fronta, 2013. ISBN 978-80-204-3154-7.
8. HERDMAN, H. T. *NANDA - I Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012 - 2014*. [překl.] P. Kudlová. Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8
9. KAMARÁDOVÁ D., LÁTALOVÁ K., PRAŠKO J. *Panická porucha*. 1. Praha : Grada Publishing, a. s., 2016. ISBN: 978-80-247-5218-1
10. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. přepracované vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4449-0.
11. PETR T., MARKOVÁ E. a kolektiv. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha : Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6
12. RAUDENSKÁ J., JAVŮRKOVÁ J.. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha : Psyché (Grada), 2011. ISBN 978-80-247-2223-8

13. SALAJOVÁ, P., Kvalita života lidí s roztroušenou sklerózou. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
14. SEIDL, Z., *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5247-1
15. SLEZÁKOVÁ, Z., *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4868-9
16. VYTEJČKOVÁ R., SEDLÁŘOVÁ P., WIRTHOVÁ V., HOLUBOVÁ J., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I - Obecná část*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4
17. VYTEJČKOVÁ R., SEDLÁŘOVÁ P., WIRTHOVÁ V., OTRADOVCOVÁ I., PAVLÍKOVÁ P., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II - Speciální část*. Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0
18. DAŇOVÁ M., KLÍMOVÁ E. Diferenciální diagnostika sclerosis multiplex pomocí magnetickej rezonancie. *cesradiol.cz*. [Online] Ces Radiol, 2011. [Citace: 17. Červen 2017.] http://www.cesradiol.cz/dwnld/CesRad_1104_307_316.pdf.
19. DUFEK, M., Léčba roztroušené sklerózy v České republice - možnosti a realita. *neurologiepropraxi.cz*. [Online] 2014. [Citace: 18. Červen 2017.] <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/01/07.pdf>.
20. SLÁDKOVÁ, V., Diagnostika roztroušené sklerózy, typické klinické příznaky. *medicinapropraxi.cz*. [Online] Medicína pro praxi, 2015. [Citace: 17. Červen 2017.] <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/05/07.pdf>
21. ZAFAROVÁ, Z., *Glatiramer acetát a jeho přínos pro pacienty s roztroušenou sklerózou*. Praha: Teva Pharmaceuticals CR, 2013
22. Co je RS? *Aktivní život s roztroušenou sklerózou*. [Online] 17. Červen 2017. [Citace: 17. Červen 2017.] <http://www.ereska-aktivne.cz/co-je-rs>. 2533-655X
23. Types of MS. *National multiple sclerosis society*. [Online] The National MS Society, 2016. [Citace: 17. Červen 2017.] <http://www.nationalmssociety.org/What-is-MS/Types-of-MS>.

24. VANĚČKOVÁ M., Roztroušená skleróza mozkomíšní a magnetická rezonance: současnost a nové trendy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. [Online] MeDitorial, 2008. [Citace: 18. Červen 2017.] http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/roztrousena-skleroza-mozkomisni-a-magneticka-rezonance-soucasnost-a-nove-trendy-49697?confirm_rules=1
25. POLMAN Ch., REINGOLD SC., BANWELL B., et al. Diagnostic Criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *PubMed.gov*. [Online] 2011. [Citace: 18. Červen 2017.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21387374>
26. Určení diagnózy. *multiplesclerosis.cz*. [Online] Nadační fond Impuls, 2008. [Citace: 18. Červen 2017.] http://www.multiplesclerosis.cz/clanek/urceni_diagnozy.html
27. Léčba RS. *roska.eu*. [Online] UNIE ROSKA - Česká multiple sclerosis společnost, 2016. [Citace: 18. Červen 2017.] <http://www.roska.eu/potrebuji-pomoci/zdravotni-poradna/624-lecba-rs>
28. *The role of gender and sex hormones in determining the onset and outcome of multiple sclerosis*. Riley Bove, Tanuja Chitnis. 2, Praha : AT Mediprint, 2014, Multiple sclerosis journal, Sv. 1. 1352-4585
29. Seznam center pro léčbu roztroušené sklerózy. *RS Kompas*. [Online] Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o., 2017. [Citace: 29. Červen 2017.] <http://www.rskompas.cz/seznam-center-pro-lecbu/>
30. OPATRNÝ, A., Pohled na nemoc z hlediska víry. *Pastorace.cz*. [Online] 7.. Únor 2017. [Citace: 8.. Srpen 2017.] <http://www.pastorace.cz/Knihovna/02-Pohled-na-nemoc-z-hlediska-viry.html>

12 SEZNAM ZKRATEK

PŽK - periferní žilní katétr, kanyla

RS – roztroušená skleróza

CIS – klinicky izolovaný syndrom, první ataka onemocnění, která se již dále neprojevuje

MS centrum – centrum pro léčbu roztroušené sklerózy

TK – krevní tlak

TF – tepová frekvence, pulz

TT – tělesná teplota

13 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – souhlas s poskytováním informací FN Plzeň

Příloha 1 – Souhlas s poskytováním informací FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážený pan

Michal Novák

Student oboru Všeobecná sestra

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách a ošetrovatelských postupech, včetně analýzy související zdravotnické dokumentace, u pacientů *Neurologické kliniky (NERV) FN Plzeň*. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *NERV* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za **dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, v platném znění.
- **Sběr informací budete provádět v době vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní **Lucie Posseltová, Mgr., vrchní sestra NERV FN Plzeň**.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

8. 8. 2017