

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Zuzana Gutvaldová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství B0913P360006

Zuzana Gutvaldová

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

PLZEŇ 2022

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

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Zuzana Gutvaldová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované: 47

Počet příloh: 24

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: Roztroušená skleróza, ošetrovatelský proces, model Marjory Gordon, edukace sestrou

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u nemocných s roztroušenou sklerózou. Tato práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části tato práce popisuje anatomii nervové soustavy, roztroušenou sklerózu, její diagnostiku a následnou léčbu. Dále popisuje ošetrovatelský proces a edukaci sestrou. V praktické části je zvolen kvalitativní výzkum. Pomocí dvou rozhovorů, lékařské a sesterské dokumentace a hodnotících škál, jsou vypracovány kazuistiky a následně ošetrovatelský proces. Jako výstup z práce je vytvořen plán ošetrovatelské péče a leták o únavě.

Abstract

Surname and name: Zuzana Gutvaldová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process in a patient with the multiple sclerosis

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered: 47

Number of appendices: 24

Number of literature items used: 37

Keywords: Multiple sclerosis, nursing process, Marjory Gordon model, nurse-led education

Summary:

The bachelor thesis deals with the nursing process in patients with multiple sclerosis. The thesis contains theoretical and practical part. The theoretical part of the thesis describes the anatomy of the nervous system, multiple sclerosis, its diagnosis and subsequent treatment. It also describes the nursing process and nurse education. In the practical part, qualitative research is chosen. Using two interviews, medical and nursing records and rating scales, case studies and then the nursing process are developed. A nursing care plan and a leaflet on fatigue are developed as an output of the thesis.

Předmluva

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože onemocnění roztroušená skleróza se vyskytuje čím dál tím více. Je to prozatím nevléčitelné onemocnění a je realizováno mnoho výzkumů, které se snaží vyvinout účinnou léčbu. I tak je snaha zajistit co nejlepší kvalitu života lidem, kteří onemocněli RS. Toto téma jsem si vybrala, protože v mé rodině se toto onemocnění vyskytuje a chtěla jsem si o něm prohloubit informace, které by mi přispěly k pochopení mentálního a fyzického stavu pacienta. Také jsem se chtěla dozvědět, jak vypadá péče o nemocné s RS na neurologickém oddělení a jaký vliv má na stav pacienta.

Onemocnění roztroušená skleróza postihuje dvojnásobně více ženy než muže. Toto onemocnění se poprvé projevuje většinou ve věku mezi 20 – 40 rokem života. Na neurologickém oddělení, kde jsem prováděla výzkum bakalářské práce, jsem si ověřila, že roztroušená skleróza je poprvé diagnostikována lidem v mladém, produktivním věku. V mé bakalářské práci jsem si přesto vybrala nemocné, kteří žijí s roztroušenou sklerózou mnoho let a mohli tak průběh jejich nemoci popsat a porovnat, jak nemoc ovlivnila kvalitu života přímo jim a jejich okolí. Cílem mé práce bylo zmapovat rozlišnosti mezi prožíváním a vnímáním této nemoci mezi mužem a ženou, neboť mají rozdílnou úlohu při plnění povinností (např. péče o děti, o domácnost, zaměstnání), a mají různé koníčky a záliby, kterých se v průběhu nemoci museli vzdát či je omezit.

Ošetrovatelský model Marjory Gordon se komplexně zaobírá oblastmi, které pomáhají sestře pochopit, kde mají nemocní s RS největší potíže a na které oblasti se má zaměřit, aby mohly být tyto potíže zmírněny a pacient se cítil lépe. Samozřejmě sestra má na pacienta pohlížet holisticky, avšak existují určitá specifika u nemocných s RS. Každý jedinec má jiné obtíže a prožívá své onemocnění jinak, a to jak po psychické tak po fyzické stránce. Muži i ženy prožívají svou nemoc rozdílně, i když mají stejné onemocnění. Výsledkem mé práce tak bylo popsat a ozřejmit tyto rozdíly, aby bylo vnímání a prožívání nemoci jak u muže, tak u ženy ošetrovatelským personálem správně chápáno, a mohla se tím zlepšit kvalita poskytované péče.

Poděkování

Tímto moc děkuji Mgr. Lucii Posseltové za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí mnoha důležitých rad. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům neurologického oddělení, kteří mne uvedli do každodenní problematiky nemocných s RS. Dále také děkuji pacientům za ochotu při spolupráci.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	13
SEZNAM TABULEK	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA	16
1.1 Anatomie nervové soustavy	16
1.1.1 Neuron	16
1.1.2 Centrální nervový systém	17
1.1.3 Periferní nervový systém	18
1.1.4 Autonomní nervový systém.....	18
1.2 Epidemiologie	18
1.3 Patogeneze.....	19
1.4 Klinický obraz	21
1.4.1 Optická neuritida	21
1.4.2 Motorické poruchy	22
1.4.3 Senzitivní poruchy	22
1.4.4 Bolest	22
1.4.5 Sfinkterové poruchy	22
1.4.6 Sexuální poruchy	23
1.4.7 Mozečkové a vestibulocerebelární poruchy	23
1.4.8 Poruchy funkce mozkového kmene.....	23
1.4.9 Únava.....	24
1.4.10 Deprese, úzkost.....	24
1.4.11 Paroxyzmální příznaky	24
1.4.12 Kognitivní postižení	24
1.5 Typy průběhu roztroušené sklerózy	24
1.5.1 Relaps - remitentní forma	25
1.5.2 Sekundárně progresivní forma.....	25
1.5.3 Primárně progresivní forma.....	25
1.5.4 Progresivně - relabující forma	25
2 VYŠETŘOVACÍ METODY	26
2.1 Anamnéza.....	26
2.2 Magnetická rezonance.....	26
2.3 Odběr mozkomíšního moku	27
2.4 Evokované potenciály	27

2.5	Optická koherenční tomografie	27
2.6	Diferenciální diagnostika	27
3	LÉČBA	28
3.1	Farmakologická léčba	28
3.1.1	Léčba ataky	28
3.1.2	Léky 1. linie	28
3.1.3	Léky 1,5 linie	29
3.1.4	Léky 2. linie	29
3.1.5	Léčba progresivních stádií RS	29
3.2	Symptomatická léčba	29
3.2.1	Spasticita a poruchy chůze	29
3.2.2	Kognitivní poruchy	30
3.2.3	Únava	30
3.2.4	Sfinkterové dysfunkce	30
3.2.5	Sexuální dysfunkce	31
3.2.6	Bolest	31
3.2.7	Úzkost	31
3.2.8	Deprese	31
3.2.9	Léčba konopím	31
3.3	Léčba rehabilitační	32
3.4	Relaxační techniky	32
3.5	Léčba psychologická	33
3.6	Těhotenství a RS	33
3.7	RS centrum	34
3.8	Nejnovější studie	34
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	36
4.1	Ošetřovatelský model Majory Gordonové	36
5	EDUKACE	39
5.1	Edukace u pacientů s RS	39
	PRAKTICKÁ ČÁST	41
6	FORMULACE PROBLÉMU	41
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	43
7.1	Hlavní cíl	43
7.2	Dílčí cíle	43
7.3	Výzkumné otázky/problémy	43
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
9	METODIKA PRÁCE	45

10 ORGANIZACE VÝZKUMU	46
11 ZPRACOVÁNÍ DAT	47
12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	47
12.1 Kazuistika číslo 1	47
12.1.1 Anamnéza	47
12.1.2 Shromáždění objektivních a subjektivních údajů	49
12.1.3 Průběh hospitalizace	51
12.1.4 Sběr dat dle modelu Marjory Gordon.....	54
12.1.5 Plán ošetrovatelské péče.....	57
12.2 Kazuistika číslo 2	61
12.2.1 Anamnéza	61
12.2.2 Shromáždění objektivních a subjektivních údajů	62
12.2.3 Průběh hospitalizace	64
12.2.4 Sběr dat dle modelu Marjory Gordon.....	66
12.2.5 Plán ošetrovatelské péče.....	69
12.3 Prezentace a interpretace výsledků	74
DISKUZE.....	76
ZÁVĚR.....	81
SEZNAM LITERATURY.....	82
SEZNAM PŘÍLOH	85
PŘÍLOHY	86
Příloha č. 1: Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumem	86
Příloha č. 2: Souhlas participanta s výzkumem.....	87
Příloha č. 3: Otázky pro participanty.....	88
Příloha č. 4: Rešerše	89
Příloha č. 5: Plán ošetrovatelské péče	96
Příloha č. 6: Leták.....	98
Příloha č. 7: Glasgow Coma Scale, Kazustika č. 1	99
Příloha č. 8: Hodnocení EDSS, Kazustika č. 1	100
Příloha č. 9: Škála VAS, Kazustika č. 1	100
Příloha č. 10: Barthelův test základních všedních činností, Kazustika č. 1	101
Příloha č. 11: Riziko pádu pacienta/klienta, Kazustika č. 1	102
Příloha č. 12: Hodnocení rizika vzniku dekubitů, Kazustika č. 1	103
Příloha č. 13: Stupnice hodnocení psychického zdraví, Kazustika č. 1	104
Příloha č. 14: Test instrumentálních všedních činností, Kazustika č. 1	105
Příloha č. 15: Index tělesné hmotnosti, Kazustika č. 1.....	106
Příloha č. 16: Glasgow Coma Scale, Kazustika č. 2	107

Příloha č. 17: Hodnocení EDSS, Kazuistika č. 2	108
Příloha č. 18: Škála VAS, Kazuistika č. 2	108
Příloha č. 19: Barthelův test základních všedních činností, Kazuistika č. 2	109
Příloha č. 20: Riziko pádu pacienta/klienta, Kazuistika č. 2	110
Příloha č. 21: Hodnocení rizika vzniku dekubitů, Kazuistika č. 2	111
Příloha č. 22: Stupnice hodnocení psychického zdraví, Kazuistika č. 2	112
Příloha č. 23: Test instrumentálních všedních činností, Kazuistika č. 2	113
Příloha č. 24: Index tělesné hmotnosti, Kazuistika č. 2	114

SEZNAM ZKRATEK

CIS.....	Klinicky Izolovaný Syndrom
CNS.....	Centrální Nervová Soustava
CT.....	Computer Tomography
DM.....	Diabetes Mellitus
DSP.....	Dům Sociální Péče
EBV.....	Virus Epstein - Barrové
EDSS.....	Expanded Disability Status Scale
HEB.....	Hematoencefalická bariéra
GSC.....	Glasgow Coma Scale
HLA.....	Human Lecocyte Antigen
MR.....	Magnetická Resonance
NS.....	Nervový Systém
PNS.....	Periferní Nervový Systém
PP RS.....	Primárně Progresivní Roztroušená Skleróza
RR RS.....	Relaps Remitentní Roztroušená Skleróza
RS.....	Roztroušená Skleróza
SP RS.....	Sekundárně Progresivní Roztroušená Skleróza
THC.....	Tetrahydrokanabinol
VAS.....	Vizuální Analogová Škála

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Prezentace a interpretace výsledků

Tabulka č. 2: Plán ošetrovatelské péče

ÚVOD

Roztroušená skleróza je chronické autoimunitní onemocnění, které se prozatím nedá vyléčit. Napadá vlastní centrální nervovou soustavu, a to vytvořením zánětu s následnými neurodegenerativními změnami mozku.

Toto onemocnění postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Nejvíce nově diagnostikovaných je mezi 20.-40. rokem života. Jde tedy o lidi, kteří jsou v produktivním věku, budují své kariéry a zakládají rodiny. Mnoho lidí tedy nepřikládá prvním příznakům RS moc velký význam. Jde o symptomy, které se objeví a zase zmizí, takže jim nemocní nepřikládají moc veliký význam. Takovéto stádium může trvat i několik let, než si dotyční uvědomí problém a dostaví se k lékaři. U RS je velice důležité, aby byla diagnostikována co nejdříve a byla nastavena co nejlepší a nejúčinnější léčba. V dnešní době existuje mnoho léků, kdy je potřeba vybrat ten správný a začít ho užívat pravidelně. Zde je důležitá sestra, která má za úkol edukovat jak pacienta, ta i jeho rodinu, a tím zajistit zkvalitnění života nemocného i jeho rodiny.

Roztroušená skleróza se projevuje u každého jedince jinak, někteří mají RS mnoho let a vůbec na nich není poznat, že trpí takovouto zákeřnou nemocí. Jiní mají nemoc několik měsíců a jsou upoutáni na invalidní vozík či dokonce lůžko. Je tedy potřeba ke každému jedinci přistupovat velice individuálně a posuzovat jeho stav a zaměřovat se jednotlivě na jeho bio-psycho-socio-spirituální složky.

Po sdělení diagnózy je potřeba změnit dosavadní způsob života, u někoho částečně, u jiného i úplně. Každý jedinec prožívá onemocnění jinak, a to i když jde o stejnou nemoc. Cílem této práce je tedy zmapovat odlišnosti a společné znaky v prožívání nemoci muže a ženy. Ošetrovatelský proces má dopomoci k reálnějšímu pohledu na prožívání onemocnění mužem a ženou a utříbení si pohledu na vnímání nemoci. Svoji roli zde hraje sestra, která svou empatií a holistickým přístupem si získá důvěru nemocného. Ten se jí pak může svěřit se svými pocity a obavami.

Teoretickou část jsem vypracovala pomocí rešerše, kterou jsem si nechala zpracovat ve Vědecké knihovně města Plzně. Dále jsem použila internetové zdroje a odborné neurologické časopisy, které jsem si sama dohledala.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušená skleróza (dále jen „RS“) je autoimunitní onemocnění, které je zánětlivého charakteru. Primárně je zánětem napadán a ničen myelin, posléze i nervová vlákna. Dochází tak k narušení nebo přerušení nervových vláken, a tak i k narušení přenosu nervových impulzů a toku informací. (Kubala Havrdová, 2015, s 11)

1.1 Anatomie nervové soustavy

Nervová soustava propojuje vnější svět a vnímání vjemů zvenčí s vnitřním prostředím, tedy celým organismem. Vnitřní prostředí je také mezi sebou bohatě nervově propojeno a předává si mnoho informací. Nervová soustava přijímá informace zvenčí, vyhodnocuje je a odpovídá na ně. Nervový systém (dále jen „NS“) se dělí na centrální nervový systém (CNS) a periferní nervový systém (PNS), který vede nervová vlákna po celém těle. Díky těmto dvěma spolupracujícím systémům se informace dostanou do celého těla a zpět do řídicího centra, tedy centrálního nervového systému. (Čihák, 2016, s. 241)

1.1.1 Neuron

Neuron (nervová buňka, neurocyt) je základní funkční a morfologická jednotka NS. Je tvořen perikaryonem, dendrity, axonem a synapsí. Do perikaryonu ústí dendrity, které přivádí informace z okolních neuronů. Z perikaryonu vychází jeden dlouhý výběžek, který se nazývá axon. Ten vede impuls dále po vlákně až do synapse, která předává informace do dalšího dendritu, tedy dalšího neuronu. Pokud axon opouští CNS, může končit v hladkém nebo příčně pruhovaném svalu, také na plazmatické membráně endokrinních nebo exokrinních žláz. (Fiala, Valenta, 2020, s. 11)

Axony jsou dvojího typu. Ty, co jsou obalené, tvoří bílou hmotu, a ty, co nejsou obalené, tvoří šedou hmotu. Axony jsou obalené myelinovou pochvou, která je tvořena v CNS oligodendroglie a PNS, která je tvořena Schwannovými buňkami. Myelinová pochva chrání nervové vlákno před poškozením a zároveň rychleji šíří informace. Platí tedy pravidlo, čím je tlustější průměr neuronu, tím se šíří informace rychleji. (Orel, 2015, s. 52-57)

Aby byly informace přenášeny přes nervový systém a doputovaly na místo určení, je nejdříve potřeba vyvolat nějaký podnět k přenesení informace. Tyto podněty vznikají ve smyslových orgánech, vytvoří se nervový vzruch, který doputuje do CNS, kde je vyhodnocen. Dále putuje vzruch do výkonného orgánu. Nervové vzruchy jsou založeny na elektrické energii, která podráždí klidový membránový potenciál a vznikne akční potenciál. V tomto okamžiku se změní hodnoty klidového membránového potenciálu z -90mV na -60mV akčního potenciálu, a tím se otevřou sodíkové kanálky. Tímto vznikne depolarizace, která se šíří po dalším vlákne dále nebo dorazí do konečné buňky. Po průchodu vzruchu se začnou vylučovat draslíkové kationty, nastává repolarizace, a tím se kanálky opět uzavřou. (Rokyta, 2015 s. 470)

1.1.2 Centrální nervový systém

Centrální nervový systém (CNS) se dělí na dvě složky, a to na mozek, který je uložen v dutině lebeční, a na hřbetní míchu, která je uložena v páteřním kanále. (Čihák, 2016, s. 241)

Hřbetní mícha (medulla spinalis) propojuje mozek s periferními nervy. Je uložena v páteřním kanále a vede od foramen magnum až k úrovni bederních obratlů L1/L2. Mícha je dlouhá 40-50 cm, poté pokračuje jako ztlustění pojivové tkáně, a končí až v oblasti kostrče. Pod bederní částí vystupuje svazek míšních kořenů, které inervují pánev a dolní končetiny. (Fiala, Valenta, 2020, s. 20-21)

Mozek (encephalon) se dělí na několik hlavních částí, které mají různé funkce. Tyto části se nazývají Zadní mozek (prodloužená mícha, Varolův most, mozeček), Střední mozek a Přední mozek (mezimozek a koncový mozek). Prodloužená mícha, Varolův most a střední mozek dohromady tvoří mozkový kmen, skrz který probíhá mnoho drah. (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015, s. 147)

V CNS se nachází šedá hmota míšní a bílá hmota míšní. Těla neuronů tvoří šedou hmotu míšní a axony tvoří bílou hmotu míšní. Šedá hmota je nahromaděna kolem centrálního kanálu a má tvar písmene H. Bílá hmota je tvořena axony, které obaluje myelinová pochva, a dělí se do tří hlavních svazků, tj. Funiculus posterior, které probíhají do prodloužené míchy, Funiculus lateralis, které obsahují jak vzestupné, tak i sestupné dráhy a Funiculus anterior, které obsahují hlavně sestupné dráhy. (Fiala, Valenta, 2020, s. 23-26)

1.1.3 Periferní nervový systém

Do periferního nervového systému se řadí míšní nervy (cerebrospinalní nervy) a autonomní nervová vlákna. Cerebrospinalní nervy se dále dělí na míšní nervy (nervi spinales) a hlavové nervy (nervi craniales).

Tělo je tvořeno 31 páry míšních nervů, kdy každý míšní nerv se skládá z předního míšního kořenu (motorického) a zadního míšního kořenu (senzitivního), míšní nervy jsou tedy smíšené nervy. Motorická vlákna vedou vzruchy z míšních center do periferie, u senzitivních vláken je tomu naopak. (Grim, Druga, 2014, s. 9)

Hlavových nervů je 12 párů, vystupují z mozkového kmene (kromě I. a II. hlavového nervu) a lebku opouštějí otvorem v její bázi. Hlavové nervy inervují hlavu a krk, jediný bloudivý nerv inervuje i hrudník a břišní část. Tyto nervy se makroskopicky podobají míšním nervům a jsou číslovány římskými číslicemi I.-XII. (Grim, Druga, 2014, s. 52)

To, že informace doputuje z periferie do CNS, se děje pomocí tzv. reflexního ob-
louku. Na začátku musí být nějaký impuls, který přijme receptor, a ten dále vyše po ner-
vových vláknech signál do CNS do reflexního centra, že se v místě receptoru něco děje.
Reflexní centrum tuto zprávu vyhodnotí a pošle zpátky do periferie odpověď, co má daný
efektor v místě podráždění udělat. Efektor může být kosterní sval, hladký sval, myokard či
žláza. (Fiala, Valenta, 2020, s. 26-28)

1.1.4 Autonomní nervový systém

Autonomní nervový systém řídí a kontroluje nervové funkce, které nejsou ovlada-
telné naší vůlí. Tento systém se dělí na dvě části, a to na sympatikus (pars symphatica) a
parasympatikus (pars parasymphatica). Sympatikus se spustí, když má v těle dojít k nějaké
aktivitě. Parasympatikus působí, když je tělo v klidu, tedy hlavně ve spánku. Tyto dva sys-
témy se navzájem ovlivňují, takže když se zvyšuje aktivita sympatiku, snižuje se aktivita
parasympatiku. V posledních letech se přidává i třetí systém (enterický systém), který má
na starosti řízení sekrečních žláz a řízení pohybů a tonu v trávicí trubici. (Grim, Druga,
2014, s. 86)

1.2 Epidemiologie

Roztroušená skleróza je celosvětové onemocnění, které se liší geografickým rozlo-
žením. Nejvíce na tuto nemoc vyskytuje na severní polokouli. V tropických oblastech se
téměř nevyskytuje, a to díky vitamínu D. Celosvětově má tato nemoc vysoký nárůst, mo-
mentálně touto nemocí trpí 2,5 milionu obyvatel. V České republice se počty nemocných

pohybují mezi 100-150/100 000 obyvatel. Co se týče věku, tak nejvíce se tato nemoc poprvé projeví mezi 20. – 40. rokem života. Je zajímavé, že tato nemoc postihuje více ženy (až 70%) než muže.

1.3 Patogeneze

Vliv na vznik této nemoci mají jak genetické, tak i enviromentální faktory. Mezi nejvýraznější se řadí kouření, nedostatek vitamínu D, nedostatek slunečního záření, virové infekce (hlavně EBV) a stres. Z genetické stránky je větší pravděpodobnost vzniku RS u osoby, u které se v rodině RS již vyskytuje, než v běžné populaci. Platí to u pokrevně příbuzných, hlavně tedy u rodičů, dětí a sourozenců. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 12-16)

V případě genetiky se zkoumá hlavní histokompatibilní komplex, a to konkrétně určitý HLA (human leucocyte antigen) region. Tento HLA region najdeme v chromozomální oblasti 6p21, kde se nacházejí geny, které mají rizikový, ale i protektivní vliv na rozvoj RS. Mezi těmito geny se nacházejí alely HLA I. a II. třídy, které úzce spolupracují s imunitním systémem. HLA molekuly mohou mezi sebou interagovat a mohou u každé populace souviset s fyziologickou funkcí v imunologických procesech. Tímto se taky ukazují rozdíly v různých populacích napříč kontinenty. Jednoznačně největší podíl na rozvoji RS má haploidní typ HLA-DRB*15:01. Četnost tohoto genu je nižší než u evropské populace a také se ve studiích prokázalo, že u nositelů tohoto genu dochází k dřívějšímu nástupu onemocnění, ke zvýšenému počtu T2 lézí na magnetické resonanci a k rychlejšímu průběhu onemocnění. (Kubala Havrdová, 2013, s. 88,89)

Imunitní systém má za úkol rozpoznat, vyhledat a zničit patogeny, které se dostaly do imunitního systému. K tomuto procesu funguje v těle imunita, která je buď vrozená nebo získaná. Vrozená (nespecifická, přirozená) imunita nás chrání již od narození a tvoří ji komplementy, interferony, fagocyty, makrofágy a NK buňky. Specifická imunita se vytváří v průběhu života, a to tak, že když tělo napadne nějaký patogen, tělo si zapamatuje jeho antigen a při dalším setkání již reaguje lépe, specifičtěji a rychleji. Specifická imunita zahrnuje dvě podjednotky, a to humorální imunitu a buněčnou imunitu. Humorální imunitu tvoří B-lymfocyty, které mají za úkol vytvořit protilátky (imunoglobuliny) proti patogenu. Buněčnou imunitu tvoří T-lymfocyty, které mají za úkol zneškodnit patogen. (Rokyta, 2015, s. 45,46,55)

Jak jsem již zmínila, roztroušená skleróza je autoimunitní onemocnění, což znamená, že buňky imunitního systému označí buňky svého těla jako cizí a zahajují proti nim imunitní reakci. (Kubala Havrdová, 2015, s 13)

Jedním typem buněk z imunitního systému jsou T-lymfocyty, které se postupně diferencují, až vznikne zralý T-lymfocyt. Ten má svoji specifikaci a funkci, ale pokud tělo potřebuje jiný T-lymfocyt, tak se dokáže změnit z jednoho subtypu na jiný. Základní lymfocyt Th0 má možnost rozvíjet se do jakéhokoliv subtypu T-lymfocytu. Prvním subtypem je Th1, který má za úkol chránit před virovými agens či před intracelulárně parazitickými bakteriemi a úzce spolupracuje s makrofágy. Druhý subtyp Th2 reguluje B lymfocytární aktivity a produkci protilátek. Dalším důležitým subtypem u RS onemocnění je subtyp Th17, který vzniká za přítomnosti protizánětlivých cytokinů. Při tvorbě T-lymfocytů vznikají také tzv. Treg lymfocyty, které mají za úkol regulovat a kontrolovat tvorbu Th17 lymfocytů. U pacientů s RS tato kontrola nefunguje a dochází tak k imunopatologické reakci. Nemocní s RS mají těchto Treg lymfocytů v krvi dostatek, jsou však funkčně nedostatečné. Th1 lymfocyty společně s makrofágy vytváří tzv. granulom a tato reakce se nachází ve větší míře v lézích u nemocných s RS. Th17 lymfocyty se také nacházejí u aktivních lézí nemocných s RS.

I B-lymfocyty hrají svoji roli u RS. B-lymfocyt překročí HEB bariéru, najde správný antigen a začne vylučovat protilátky. V tomto případě se v mozkomíšním moku objeví oligoklonální imunoglobuliny, které jsou důkazem intrakraniální syntézy specifických protilátek. Tyto oligoklonální imunoglobuliny vedou ke stanovení definitivní diagnózy RS. Nejsou však dosud známy specifické antigeny, které by oligoklonální imunoglobuliny vyhledávaly.

Dalšími buňkami imunitního systému, které se nacházejí v aktivních lézích jsou NK buňky (natural killer cells). Tyto buňky cytolyticky napadají oligodendrocyty v mozkové tkáni. Při léčbě INF beta dochází ke snižování NK buněk v periferní krvi a zároveň k navyšování NK regulačních buněk, které snižují cytotoxicky aktivní NK buňky. (Kubala Havrdová, 2013 s. 46-57)

Přestup lymfocytů přes hematoencefalickou bariéru (HEB) se děje i za normálního stavu organismu. Hematoencefalická bariéra je tvořena drobnými cévami, v nichž je endotelová výstelka, která je přilepena na bazální membránu. Na tuto membránu je připojený astrocyt, který zprostředkovává výměnu látek mezi nervovými buňkami a cévami. Na en-

dotelových buňkách jsou receptory (adhezivní molekuly), kterých je za normálního stavu málo. Aktivovaný lymfocyt začne produkovat cytokiny, které začnou působit na tyto receptory a zvýší propustnost i počet těchto adhezivních molekul. Ty pak zařídí, aby lymfocyt nebyl stržen proudem krve, ale aby se přilepil na stěnu endotelu. Po uchycení pomocí enzymů začne lymfocyt rozpouštět tkáň CNS, a tak si prorazí cestu dál. Pokud lymfocyt najde antigen, který ho aktivoval, dochází k tvorbě zánětlivého ložiska. Pokud nenajde antigen, odchází lymfocyt po několika hodinách pryč, a nebo dochází k apoptóze. (Kubala Havrdová, 2015, s. 17)

Co vede imunitní systém k napadení myelinové buňky, které v CNS obalují neurony? Myelin je tvořen myelinovým bazickým proteinem, který má shodu v sekvencích aminokyselin s některými viry. Shodnou strukturu aminokyselin má virus Epstein - Barrové (EBV). Náš obranný imunitní systém může tedy zaměnit myelinový bazický protein za EBV a zahájit proti myelinu obrannou imunitní reakci. Stačí, aby tento virus byl v těle přítomen v dětství, následně se reaktivuje jakoukoli virovou infekcí. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 19)

Po zánětlivém poškození myelinu může opět dojít k jeho obnově. Nemůže se však obnovit, když je zánět přítomen, ale až když odezní. Remyelinizace je závislá na oligodendrocytech a axonech. Oligodendrocyty se postupem opakovaných útoků znefunkční a odstraní se i počet buněk, které jsou schopny myelin obnovit. Zpočátku nemoci se většinou plaky dokáží obnovit, ale postupem času zůstávají demyelinizované a na jejich místě vzniká jizva. (Kubala Havrdová, 2013, s. 69,70)

1.4 Klinický obraz

Pokud nastane demyelinizace na více nervových drahách najednou, vzniká polysymptomatická ataka. Když je postižena jen jedna nervová dráha, jedná se o monosymptomatickou ataku. Některá nově vzniklá ložiska zánětu mohou být bez klinických projevů. (Kubala Havrdová, 2013, s. 117)

1.4.1 Optická neuritida

Jedná se o zánět očního nervu, který se vyskytuje až u 50% pacientů, kterým je následně diagnostikována RS. Většinou je jednostranně poškozen zrakový nerv, kdy toto poškození trvá několik dní a může se hojit až měsíce. Mezi nejčastější potíže patří zamlžené zorné pole, kdy pacient nevidí ostře, dále bolest za okem nebo při pohybu oka. Mohou se vyskytovat potíže jako je výpadek zorného pole (skotom), tmavé skvrny či ztráta barevné-

ho vidění, při které pacienti nevidí jasně červenou barvu. Tato porucha se může při onemocnění RS několikrát vrátit a může být postiženo stejné oko či to druhé. (Dobrá rada a kolektiv autorů, 2018, s. 6)

Při optické neuritidě se může objevit tzv. Uhthoffův fenomén, kdy se jedná o reverzibilní obtíže, ne o ataku. U pacientů dochází ke stejným obtížím oka jako při atace, ale tyto obtíže jsou vyvolány zvýšenou tělesnou teplotou a fyzickou námahou. Zhruba do 30 minut tyto potíže odezní. (Kubala Havrdová, 2013, s. 119)

1.4.2 Motorické poruchy

V tomto případě dochází k přerušení nervového přenosu v pyramidových drahách. Nejčastěji se jedná o spasticitu (svalové napětí) končetin. Tyto poruchy hybnosti se vyskytují až u 80-85% nemocných a jsou ukazatelem progresu RS. Tyto poruchy se projevují různými potížemi jako je zakopávání, nejistota a neobratnost v prostoru, porucha koordinace, zpomalení pohybu či zhoršené čítí na dolních končetinách. (Dobrá rada a kolektiv autorů, 2018, s.10,11)

Existují různé druhy parézy (slabost končetin), a to monoparéza, kdy je postižena jedna končetina, hemiparéza, kdy je postižena jedna část těla (pravá nebo levá), paraparéza, kdy jsou postiženy obě dolní končetiny a kvadruparéza, kdy jsou postiženy všechny končetiny. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 24,25)

1.4.3 Senzitivní poruchy

Jedná se o poruchy citlivosti, kdy je citlivost buď snižena nebo přehnaná. Tyto poruchy jsou často lékaři i pacienti přehlíženy a často se vyhodnotí jako vertebrogenní potíže. Mohou se projevovat změnou vnímání tepla, pálením v končetinách, mravenčením, bodáním nebo změněním vnímání bolesti.

1.4.4 Bolest

Bolesti jsou chronického trvání a vyskytují se u 20-25% nemocných s RS. Dochází k bolestem, které jsou důsledkem poškozených nervů nebo důsledkem spasticity (zvýšenému svalovému napětí). (Dobrá rada a kolektiv autorů, 2018, s. 9,11)

1.4.5 Sfinkterové poruchy

Tyto poruchy zahrnují potíže s močením i s vyprazdňováním stolice. U nemocných s RS dochází častěji k zácpě, může se ale vyvinout i inkontinence. Co se týče močení, vyskytují se u nemocných s RS hlavně dvě poruchy. První poruchou jsou tzv. urgencye, kdy nemocný má pocit, že se pomoci, i když jeho močový měchýř není dostatečně naplněn.

Druhou poruchou je retence moči, kdy nedochází k úplnému vyprázdnění obsahu močového měchýře a moč v něm zůstává. To se líbí bakteriím, které způsobují zánět močového měchýře. Ze začátku onemocnění má nemocný typické příznaky zánětu močového měchýře, ale při pokročilejším stádiu RS může zánět probíhat bezpříznakově. Samozřejmě při chronicitě může dojít také k inkontinenci moče. (Kubala Havrdová, 2015, s. 33, 34)

1.4.6 Sexuální poruchy

Nastávají jak u mužského, tak i u ženského pohlaví. U žen se nejčastěji jedná o snížení libida, snížení genitální citlivosti, snížení zvlhčení v oblasti genitálu, nižší počet orgasmů či snížená vzrušivost. U mužů dochází k poruchám erekce, nemožnosti dosažení orgasmu. S těmito poruchami nastávají i potíže s početím. Příčinami mohou být jak postižené nervové dráhy, léčba, tak i psychické potíže.

1.4.7 Mozečkové a vestibulocerebelární poruchy

Mozeček a vestibulární systém zodpovídají za udržení rovnováhy těla, vzpřímený stoj, jemné pohyby končetin a za koordinaci hlavy a očí. Pokud nastane porucha v této oblasti, čeká pacienta horší prognóza onemocnění a možnost respiračního selhání. Mezi nejčastější mozečkové poruchy patří ataxie a mozečkový třes. Ataxie se projevuje jako neschopnost koordinace trefit cíl. Při mozečkovém tremoru dochází k nekontrolovatelnému třesu končetiny při přibližování se k předmětu. Při vestibulárním postižení může docházet k vertigu (závratím), nebo k nystagmu (nekontrolovatelné kmitavé pohyby očních bulbů). (Kubala Havrdová, 2013, s. 124-126, 130, 131)

1.4.8 Poruchy funkce mozkového kmene

Skrz mozkový kmen vede mnoho důležitých drah (dráhy pro citlivost, koordinaci pohybů, hybnost) a i jádra mozkových kmenů. Postižení těchto drah poukazuje také na nepříznivý vývoj nemoci. Dochází k poruchám citlivosti, vestibulárních systémů, mozečkových struktur, nebo k postižení některých hlavových nervů. Nejčastěji jsou poškozeny okohybné nervy, vyskytují se obrny lícního nervu, neuralgie trojklanného nervu, které v pozdější fázi onemocnění postihují polykání a tvorbu řeči (dysartrie). V pokročilém stádiu nemoci může dojít k pseudobulbárnímu syndromu, kdy nemocný špatně polyká, hůře mluví a projevuje se tzv. emoční inkontinencí. To je stav, kdy se dotýčný směje nebo pláče bez příčiny, a reaguje tak v ne pro to typických situacích. V tomto případě je většinou postižena bílá hmota obou čelních laloků. (Kubala Havrdová, 2015, s. 34-36)

1.4.9 Únava

Projevuje se u 90% nemocných s onemocněním RS. Jedná se o patologickou únavu, která se dostaví po běžných každodenních činnostech. K této únavě přispívá mnoho dalších faktorů, jako je únava po cvičení, zvýšená teplota, deprese nebo nežádoucí účinky farmakoterapie. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 25)

1.4.10 Deprese, úzkost

U nemocných s RS se v mnoha případech objeví deprese, úzkost či dokonce euforický stav. Tyto stavy jsou spojeny jak s diagnostikou onemocnění, vedlejším účinkem farmakoterapie, tak s následným atakami nemoci. Deprese se u nemocných projevuje až třikrát více než v běžné populaci. S tím spojené myšlenky na suicidium se objevují až sedmkrát více než v běžné populaci. Při úzkostných poruchách dochází ke zvýšeným myšlenkám na suicidium, nemocní trpí somatickým steskem, či větší mírou sociálního stranění se. Při euforii dochází k tomu, že nemocný je mentálně i duševně stále v pohodě, i když jeho fyzický stav vykazuje závažné onemocnění. (Kubala Havrdová, 2013, s. 132-134)

1.4.11 Paroxysmální příznaky

Tyto příznaky trvají několik sekund a objevují se několikrát za den. Na magnetické resonanci se objeví ložisko, které je umístěno na rozhraní bílé a šedé hmoty. Záchvaty mohou postihnout mnoho částí těla a od toho se odvíjí, která část těla se na chvíli ocitne v křeči. Mohou nastat epileptické záchvaty, záchvatovitá křeč končetiny, záchvatovitá bolest, záchvatovité poruchy řeči, koordinace pohybů, svědění, brnění, ztráta koordinace a další. (Dobrá rada a kolektiv autorů, 2018, s. 15)

1.4.12 Kognitivní postižení

Kognitivní postižení se zakládá na kognitivní dysfunkci, kdy nemocný začíná ztrácet pozornost, schopnost pochopení, snižuje se rychlost myšlení, a snižují se poznávací funkce, že nemocný ztrácí koncentraci. Tato postižení se objevují až u pokročilejšího stádia nemoci, o to horší je, že se objevuje i u dětských pacientů. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 26)

1.5 Typy průběhu roztroušené sklerózy

Roztroušená skleróza je velice různorodé onemocnění a u každého jedince se projevuje jinak. Střídají se různé fáze onemocnění, a to ataka (relaps), což je akutní zhoršení neurologických příznaků, nebo remise, což je zlepšení stavu nemocného. Může také nastat

stav, kdy se nemoc stane progresivní a začne postupné zhoršování neurologických funkcí. Existují 4 základní průběhy roztroušené sklerózy. (Kubala Havrdová, 2013, s. 142,143)

1.5.1 Relaps - remitentní forma

U 85-90% nemocných začíná onemocnění touto formou RS. Jedná se o stav, kdy se střídají remise a ataky. Ty trvají několik týdnů až měsíců, poté se dostaví úplná úzdrava nebo částečná. Toto období trvá několik let, kdy mezi atakami nedochází k neurologickému zhoršování.

1.5.2 Sekundárně progresivní forma

Tato forma většinou následuje po relaps - remitentní formě, kdy dochází k progresivnímu zhoršování stavu bez remisí. Podle studie se do této formy dostane nemocný po 19 letech nemoci, když jeho organismus vyčerpá regenerační možnosti. V této fázi dochází k větší invaliditě. Někteří nemocní se však do této formy nikdy nemusí dostat.

1.5.3 Primárně progresivní forma

Při primárně progresivní formě dochází k nervové degeneraci již od začátku onemocnění. Téměř se nevyskytují období remise, ale může se na nějaký čas objevit stagnace stavu. Tato forma RS je špatně ovlivnitelná léky, vyskytuje se u lidí mezi 40-50 lety a postihuje zhruba 10-15% nemocných.

1.5.4 Progresivně - relabující forma

Jedná se o formu, která se vyskytuje nejméně a je také nejhůře ovlivnitelná léky. Vyskytuje se u lidí po 40 věku života a nastávají u ní ataky i remise, po kterých nedochází ke zlepšení stavu nemocného, ale dochází k nárůstu neurologického deficitu. Tato forma vede tedy po několika letech onemocnění k invaliditě a projevuje se progresivním nárůstem neurologických potíží. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 35, 36, 37)

S průběhem onemocnění RS se používají další termíny maligní, benigní a CIS fáze. CIS (klinicky izolovaný syndrom) fáze představuje první neurologické potíže, které trvají déle než 24h, a které mohou vést k definitivní RS. Benigní průběh RS lze hodnotit jen retrospektivně a postižení nemocí je minimální, jakožto i počet atak. Maligní průběh RS se ukazuje již po krátkém času onemocnění, kdy dochází k častým atakám a postupující invaliditě nemocného. Také lze z různých vyšetření prokázat vysokou míru zánětlivých dějů jak na magnetické rezonanci, tak i v mozkomíšním moku. (Kubala Havrdová, 2013, s. 145,146)

2 VYŠETŘOVACÍ METODY

Diagnostika RS je složitý a leckdy zdlouhavý proces. Hlavní roli při diagnostice RS hraje magnetická rezonance, kdy se na snímcích objevují demyelinizační plaky. Dále je důležitý výskyt klinických příznaků typických pro RS, které se mohly u nemocného poprvé objevit i několik měsíců před první významnou atakou. Podpůrnou diagnostickou metodou je odběr mozkomíšního moku a následně pozitivní nález oligoklonálních IgG pruhů v něm. Od roku 2010 platí tzv. McDonaldova kritéria, ve kterých hraje roli diseminace v čase a prostoru. Také je potřeba vyloučit jiná zánětlivá a neurodegenerativní onemocnění. Před definitivním určením diagnózy RS je potřeba potvrdit alespoň jednu ataku. Tím se rozumí, že se vyskytuje akutní zánětlivá demyelinizační příhoda (nebo již vyskytovala), trvala déle než 24 hodin a byla bez přítomnosti subfebrilie a jiného infektu. K potvrzení ataky dopomohou také klinické příznaky, které jsou aktuální nebo již proběhly. (Pitřha, 2017, s. 4,5)

2.1 Anamnéza

Při příchodu nemocného do nemocnice je potřeba důkladně odebrat anamnézu. Roli hraje také posloupnost obtíží, které nemocný má. Hodnotí se tedy stav nemocného od aktuálních potíží, až po ty proběhlé. Při základním vyšetřování je potřeba u nemocného odebrat osobní, rodinnou, farmakologickou a sociální anamnézu. Při vyšetřování hrají také roli objektivní i subjektivní potíže, které pomáhají k dokreslování definitivní diagnózy. (Růžička, 2019, s. 155-158)

2.2 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance hraje důležitou roli při diagnostice RS. Na snímcích provedených MR lze pozorovat ložiska, která vznikla demyelinizací. Některá jsou reverzibilní, ta po remyelinizaci vymizí. Dalším typem jsou chronická (trvalá) ložiska, u kterých došlo k výrazné axonové ztrátě. Nejčastěji mají ložiska velikost 5-10 milimetrů, mohou být však i větší. Tato ložiska mají kulatý až oválný tvar a lze je znázornit pomocí kontrastní látky, která ložiska obkrouží nebo zbarví. Tato ložiska v 90% do půl roka vymizí. V míše ložiska nepřesahují délku dvou obratlových těl, mají oválný tvar a jsou nejčastěji lokalizována v oblasti krční míchy. Po podání kontrastní látky lze v zobrazení T1 pozorovat porušenou hematoencefalickou bariéru, která značí aktivitu nemoci. (Seidl, Vaněčková, 2018, s. 189,191)

2.3 Odběr mozkomíšního moku

Mozkomíšní mok se odebírá při zákroku nazvaném lumbální punkce. U takto získaného mozkomíšního moku se provádí základní cytologické a biochemické vyšetření. Cytologicky se v mozkomíšním moku objevují klidové lymfocyty nebo jejich aktivní formy. Z mozkomíšního moku se také vyšetřují intratekální syntézy imunoglobulinů (IgG) a oligoklonální IgG pásy, které se nacházejí pouze v likvoru nebo v séru i v likvoru. (Horáková, 2017, s. 14)

2.4 Evokované potenciály

Tato vyšetřovací metoda je založena na podráždění nervu a na následnou odpověď, která vede přes nervová vlákna do mozku, který zpracovává odpověď. V tomto případě je příslušná nervová dráha zvenčí podrážděna a sleduje se, jak rychlý je přenos informací po vláknech. Touto metodou lze najít i skrytá ložiska, která se nijak klinicky neprojevují. Jedná se o metodu, která je neinvazivní a výsledky jsou známy hned, jelikož se zobrazují v průběhu vyšetřování na monitoru. Lze tímto způsobem také sledovat účinnost léčby nebo monitorovat průběh již diagnostikované nemoci. (Kubala Havrdová, 2013, s. 198-201,211)

2.5 Optická koherenční tomografie

Jedná se o podpůrné zobrazovací vyšetření, které zobrazuje struktury sítnice. Lze posoudit neurodegenerativní změny při prvním zánětu očního nervu, ale i změny na očním nervu po několika letech. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 35)

2.6 Diferenciální diagnostika

Při diferenciální diagnostice RS je potřeba brát v úvahu i jiná onemocnění CNS, která mají diseminaci v prostoru i v čase. Je potřeba důkladně provést všechna vyšetření a některá i zopakovat po určitém čase, zda se změnila, či nikoliv. Pokud je nález stále nejasný, je vhodné udělat vyšetření na výskyt jiné choroby podobné RS. Studie stanovily dva faktory, při kterých se jednoznačně nejedná o RS. Prvním z nich jsou klinické projevy, které nejsou typické pro RS. Tím druhým je nález na magnetické rezonanci, který ukáže nepřítomnost typických nálezů při RS. Klinicky podobné projevy se mohou vyskytnout u nemocných s metabolickým, cévním, infekčním onemocněním nebo také s idiopatickým, zánětlivým demyelinizačním onemocněním. Konkrétně nejpodobnější nálezy se objevují i u onemocnění neuromyelitis optica a akutní diseminovaná encefalomyelitida. (Pitřha, 2013, s. 14-18)

3 LÉČBA

Nejúčinnější léčba je léčba, která je zahájena co nejdříve od stanovení diagnózy, nemocný ji dodržuje, chodí pravidelně na kontroly ke svému lékaři a udržuje se v psychické kondici. V dnešní době jsou léčbou ovlivnitelná zánětlivá ložiska, která se vyskytují v časně fázi onemocnění. Jsou tedy vyvinuté protizánětlivé léky, nikoli léky, které by dokázaly nahradit zničená nervová vlákna. (Dobrá rada a kolektiv autorů, 2018, s.21)

Terapii RS můžeme rozdělit na léčbu ataky, léčbu klinicky izolovaného syndromu a na léčbu progresivních forem RS. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 55)

Cílem léčby RS je stabilizovaný nemocný, který nebude mít ataky, bude mít stabilizovaný nález na MR a bude prožívat plnohodnotný kvalitní život. (Dobrá rada a kolektiv autorů, 2018, s.21)

3.1 Farmakologická léčba

3.1.1 Léčba ataky

Za standard při atace jsou považovány kortikosteroidy, konkrétně podání methylprednisolonu v dávce 3-5g. Bylo prokázáno, že intravenózní i perorální podání má stejné terapeutické účinky. Kortikosteroidy uzavřou hematoencefalickou bariéru, a tím zabrání průniku aktivovaným autoreaktivním T lymfocytům. Důraz by měl být kladen na nemocné, kteří mají přidružená onemocnění jako hypertenzi, diabetes mellitus nebo depresivní rozlady. U těchto nemocných by se spolu s kortikosteroidy měla podávat adekvátní léčiva. Dále by se měla monitorovat hladina draslíku, který je při léčbě kortikosteroidy vylučován. Pokud je léčba kortikosteroidy neúčinná nebo kontraindikovaná, další možností léčby je výměnná plazmaferéza, která se provádí 3-5x obden. (Pit'ha, 2017, s. 26,27)

Po atace je také důležitý klidový režim bez větší fyzické zátěže. Postupně se zapojujeme do běžného života a následná rehabilitace porušené funkce. (Kubala Havrdová, 2013, s. 262)

3.1.2 Léky 1. linie

Před výběrem toho nejlepšího léku pro nově diagnostikovaného nemocného s RS je potřeba zvážit přidružená onemocnění, nežádoucí účinky léků, způsob podání léku či dlouhotrvající rizika užívání léku. K lékům první linie se řadí interferon beta, glatiramer acetát a teriflunomid. Pokud je špatná tolerance léků je potřeba změnit lék v rámci linie. Je-li

účinnost léků nedostatečná a nemocný se dostal za hranici 4,5 EDSS, je doporučena eskalace do II. linie.

3.1.3 Léky 1,5 linie

Pokud se u nemocných projeví rychle progredující RR RS forma, objeví se předpoklad nepříznivé prognózy nebo byl nemocný již léčen alespoň jedním lékem první linie, lze indikovat léčbu 1,5 linie. Mezi léky této linie patří dimethyl fumarát, ocrelizumab, fingolimod či kladribin.

3.1.4 Léky 2. linie

Mezi léky patřící do druhé linie řadíme alemtuzumab a natalizumab. Léčba druhou linií léků je indikována u nemocných, u kterých se objevila rychle progredující forma RR RS. I přes léčbu léky první linie se snížil počet atak pod 2 za rok nebo u kterých došlo ke dvěma a více atakám za rok a k prokazatelnému nárůstu objemu T2 lézí ve srovnání s předchozí MR.

3.1.5 Léčba progresivních stádií RS

U těchto stádií je nejdůležitější symptomatická a rehabilitační léčba. U primárně progresivní formy RS lze indikovat ocrelizumab, který zatím jako jediný lék může zpomalit nevratnou progresi RS u primárně progresivní formy. Při sekundárně progresivní formě onemocnění nebyl zatím vyvinut žádný lék, který by mohl ovlivnit průběh SP formy RS. I přesto se používá řada medikamentů k léčbě např. methylprednisolon, cyklofosfamid nebo mitoxantron.

3.2 Symptomatická léčba

Symptomatická léčba neléčí samotné poškození neuronů, ale příznaky RS, které často doprovázejí RS. Symptomatická léčba se snaží zabránit komplikacím, které by vznikly bez léčby těchto příznaků, a na zkvalitnění života nemocných s RS. (Kubala Havrdová, 2013, s. 368)

3.2.1 Spasticita a poruchy chůze

Cílem léčby spasticity je zabránění nebo zmírnění bolestivých spasmů a kontraktur. Léčba spasticity je velice individuální. Její nedílnou součástí je fyzioterapie pasivní či aktivní. K léčbě spasticity se také doporučuje termoterapie (působení tepla nebo chladu). Farmakologicky se nejčastěji podávají léky baclofen a tizanidin. Některé spasticity lze ovlivnit antiepileptiky či lokální aplikací botulotoxinu A. Při těžkých stavech a přetrvávající-

cí spastickou paraparézou lze zavést baclofenovou pumpu, která dává lék kontinuálně. (Pitřha, 2017, s. 29)

Porucha chůze se vyskytuje spíše u pokročilejších stádií RS. U těchto nemocných se jejich krok zkracuje a snižuje se rychlost chůze. Byl vyvinut lék fampridin, který zlepšuje chůzi. Je indikován u dospělých nemocných s hodnotami EDSS 4-7. Bohužel tento lék nefunguje u všech nemocných a není hrazen pojišťovnou. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 79)

3.2.2 Kognitivní poruchy

Zvýšené riziko ztráty kognice se vyskytuje u nepracujících nemocných. Většinou jde o zpomalení rychlosti zpracovávání informací, poruchy abstraktivního uvažování a řešení problémů. Tento děj ztráty kognice lze pozitivně ovlivnit kognitivním tréninkem. (Pitřha, 2017, s. 30)

3.2.3 Únava

Může být způsobena jak samotnou nemocí RS, tak i poruchou spánku, nežádoucími účinky léčiv, nebo jinými onemocněními. Základním způsobem léčby je úprava denního režimu. Důležité je upravit denní režim na energii šetřící režim. Naplánovat si aktivity tak, aby po větší zátěži následoval prostor pro odpočinek. Je vhodné si také do denního režimu zakomponovat lehké fyzické cvičení. Pro takovéto plánování je možné sestavit si deník aktivit. Existuje také únavový deník, který nemocnému pomáhá zaznamenat, která činnost ho nejvíce vysiluje a po které potřebuje vydatnější odpočinek. Velkou roli při únavě hrají také poruchy spánku či nadměrně teplé prostředí.

3.2.4 Sfinkterové dysfunkce

Močová dysfunkce se objevuje u více než poloviny nemocných s RS. Mezi tyto potíže patří časté močení, stagnace moči v močovém měchýři, inkontinence a pocit močení proti proudu. Lze využít nefarmakologických postupů jako je omezení potravin a nápojů s vysokým obsahem draslíku a posilování pánevního dna. Mezi farmakologické postupy se řadí podání léků, které snižují urgenci močení, snižují frekvenci močení a které zvyšují kapacitu močového měchýře. Dalším způsobem vyprazdňování moče je intermitentní katetrizace, kdy se sám nemocný 4-6x denně vycévkuje.

Mezi další potíže ve vyprazdňování patří inkontinence stolice nebo zácpa. Při zácpě se doporučuje dostatek tekutin, příjem vlákniny nebo laktulóza. Při inkontinenci stolice se

doporučují jídla s malým obsahem vlákniny a medikamentózně loperamid. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 73, 78)

3.2.5 Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce postihuje jak ženy, tak i muže. Většina problémů v sexuální oblasti je způsobena rozladami, bolestí, aktuálním stavem, psychickými problémy nebo farmaky. U žen se to projevuje poruchami vzrušivosti, poruchami uspokojení, snížením sexuálního apetitu, bolestivou souloží či problémy s orgasmem. U mužů nejčastěji dochází k erektilní dysfunkci, problémy s orgasmem, potížemi s uspokojením, bolestivou erekcí a ztrátou sexuální chuti. (Janáčková, 2019, s. 91-94)

U žen se tyto poruchy řeší posilováním pánevního dna, používáním lubrikancí, vazodilatancí nebo lokálními estrogenovými preparáty. U mužů se na erektilní dysfunkci předepisuje taladafil nebo sildenafil. V případě neefektivní léčby je zde možnost chirurgické implantace penilní protézy.

3.2.6 Bolest

Bolest doprovází nemocné s RS až v 50%. Existuje mnoho druhů bolesti, které se u RS vyskytují. Některými z nich jsou bolesti muskuloskeletální etiologie, centrální neuropatické bolesti nebo intermitentní neuropatické bolesti. Tyto bolesti se léčí nejčastěji karbamazepinem, antiepileptiky, popřípadě opioidy. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 76,79)

3.2.7 Úzkost

Je stav nepopsatelné obavy z něčeho, co má nastat, ale nelze to konkrétně pojmenovat. Z farmakologického hlediska se dá úzkost léčit podáním anxiolytik, avšak na omezenou dobu 4-8 týdnů, poté by měla být vysazena. Při dlouhotrvajících obtížích je doporučeno se spojit s odborníkem a léčit tyto stavy antidepresivy. Úzkost lze zmírnit pomocí relaxačních technik a správného dýchání.

3.2.8 Deprese

U autoimunitních onemocnění se deprese vyskytuje až u 60% nemocných. Je to závažný stav, který trvá několik dnů až měsíce. Vždy je potřeba tento stav konzultovat s lékařem a užívat předepsaná antidepresiva. (Janáčková, 2019, s. 68, 69, 78-80)

3.2.9 Léčba konopím

Každá rostlinka konopí obsahuje mimo jiné látky i THC (tetrahydrokanabinol), který má analgetický a neuroprotektivní účinek. Působí také proti svalovým křečím, zmírňuje je, působí protizánětlivě a zmírňuje úzkost. Délka účinku závisí na formě podání pří-

pravku. Při inhalaci (vaporizaci) dochází k rychlému nástupu účinku, ale efekt vymizí po 3 hodinách. Toto podání je vhodné při akutních bolestech. Dalším způsobem podání je orální užití konopí např. v tobolkách z lékárny. Účinná látka v organismu vydrží mnohem déle tj. 5-12 hodin, tím je možnost úlevy i pro nemocné s chronickou spasticitou. Léčebné konopí předepisují sami neurologové a vyzvedává se v lékárnách určených SÚKLEM. (www.nfimpuls.cz)

3.3 Léčba rehabilitační

Mezi rehabilitaci řadíme ergoterapii, fyzioterapii, logopedii a další specializované obory, které hrají důležitou část při léčbě RS. Cílem léčby je zajistit co nejlepší možnou kvalitu života, a to lze pomocí rehabilitace. Mezi úkoly rehabilitace patří zlepšit a usnadnit soběstačnost, každodenní aktivity, zajistit mobilitu a osvojení nových dovedností. Pravidelná pohybová aktivita ovlivňuje jak psychický, tak i fyzický stav člověka. Zabraňuje progresi parézy, usnadňuje tvorbu paměťových stop motorických vzorců, zlepšuje synchronizaci motorických jednotek a zabraňuje rozvoji sekundárních komplikací, které mohou vzniknout z inaktivity. (Dostálová, 2016, s. 11-13)

Aby byla zachována co největší hybnost a soběstačnost nemocného s RS, je potřeba včasné zahájení terapie. Narušené funkce nervové soustavy lze v raném stádiu onemocnění částečně obnovit. V pozdějších stádiích RS lze alespoň zpomalit progresi onemocnění. Rehabilitace je individuální a záleží na stupni postižení nemocného s RS. Aerobní trénink se doporučuje u lehkého stupně postižení RS. U středně těžkého stupně postižení RS se využívá rehabilitace k ovlivnění ataxie, spasticity, slabosti, zlepšení chůze a ke zlepšení stability stoje. U těžkého stupně postižení RS se rehabilitace zaměřuje hlavně na prevenci svalových kontraktur, udržení kloubní pohyblivosti, snížení spasticity a nácviku sedu. (Steinerová, Kövári, 2012, s. 12,13)

3.4 Relaxační techniky

Relaxační techniky jsou činnosti, které navozují pocit naprostého klidu a pohody. Čas věnovaný relaxaci může být prospěšný pro zdraví každého člověka, včetně osob s roztroušenou sklerózou. Relaxace je aktivní dovednost, která vyžaduje nácvik. Stejně jako spánek, ani stav relaxace si nemůžete vynutit. Vyžaduje duševní i fyzický odpočinek, a tím se liší od pasivních činností, jako je sledování televize nebo čtení. Není to také totéž jako spánek. Pravidelná relaxace pomůže snížit napětí ve svalech, snížit krevní tlak a zpomalit srdeční tep. Může pomoci při únavě, protože podporuje dobré spánkové návyky, zvyšuje

užitek z odpočinku během dne a lze ji využít ke snížení hladiny stresu. Nalezení správné relaxační techniky vyžaduje čas. Existuje mnoho druhů relaxačních technik jako jsou: hluboké dýchání, vizualizační techniky, techniky svalové relaxace, aromaterapie, jóga, pilates, Tai Chi, masáže či reflexní terapie. (www.mstrust.org.uk)

3.5 Léčba psychologická

Je to léčba, kdy terapeut pomáhá porozumět nemocnému s RS a rozebírá s ním, co se momentálně děje. Snaží se oddělit patologické prožívání od zdravého, pomáhá rozvinout vše zdravé, znovu nalézt přirozenou důvěru, pomáhá sestavit žebříček hodnot, který se po vyřčení diagnózy RS změní. Samozřejmostí je řešení aktuálního problému a překonání současné životní krize. Tam, kde psychoterapeutické metody nestačí, nastupuje pomoc farmakologická a psychiatrická. Psychoterapeutická pomoc nemusí být jen individuální. Do psychoterapie se může zapojit celá rodina a pochopit tak prožívání a obavy jejich člena rodiny s RS. (Janáčková, 2017, s. 63)

3.6 Těhotenství a RS

Až do 90. let minulého století nebylo těhotenství pacientkám s RS doporučováno a v mnoha případech byly posílány i na potrat. Vše se změnilo na přelomu století, kdy studie prokázala, že při graviditě klesla aktivita choroby a snížil se počet atak. Aby bylo těhotenství bezpečné jak pro matku, tak pro plod, je důležité těhotenství předem pečlivě naplánovat. Těhotenství by se mělo probrat jak s neurologem, tak i s gynekologem. Žena s RS plánující těhotenství by měla být klinicky stabilní a minimálně půl roku až rok bez ataky. Z léků, které jsou nejvhodnější pro plánování těhotenství jsou interferon- β a glatiramer acetát. Tyto léky se podávají až do zjištění gravidity a ve vážných stavech těhotné se mohou podávat i při těhotenství. Léky alemtuzumab a cladribin jsou vhodné až po 2 letech po ukončení léčby těmito léky. Mezi nedoporučované léky pro graviditu se řadí dimethylfumarát a natalizumab. U léků ocrelizumab, teriflunomid a fingolimod byl prokázán teratogenní účinek. (Halúsková, Vališ, 2019, s. 455-459)

Při nutné léčbě těhotných v průběhu těhotenství a následně při laktaci glatiramer acetátem a interferonem- β bylo prokázáno, že tyto dva léky se minimálně vyskytují v mateřském mléce a pro dítě tedy není jejich užívání matkou škodlivé. Lze tedy užívat tyto dva léky i v průběhu kojení. Pod byla léčba kvůli graviditě vysazena a nemoc je klinicky aktivní, je potřeba ukončit kojení a vrátit se co nejdříve k léčbě. (Meluzínová, Libertínová, 2020, s. 289-290)

3.7 RS centrum

RS centrum anebo také MS centrum je centrum pro diagnostiku a léčbu demyelinizačního onemocnění jako je RS. Těchto center je v současné době 15 a zahrnují komplexní péči o nemocného s RS. Tato centra jsou multidisciplinární a zabývají se jak diagnostikou, tak i léčbou RS. Kromě neurologického oboru jsou zde zastoupené i další obory jako je urologie, psychiatrie či rehabilitace. Nedílnou součástí tohoto týmu je sestra, na kterou se obracejí jak pacienti, tak jejich rodinní příslušníci, kteří se chtějí zeptat na informace, které jim nejsou jasné nebo je potřebují připomenout. Sestra má v kompetenci také edukaci pacienta o jeho nemoci a o použití či aplikaci pacientových léků. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 120)

Kromě těchto center existuje také mnoho organizací, které pomáhají nemocným s RS, nebo se podílejí na výzkumu této nemoci. Jediný celostátní registr v České republice (ReMuS) má za úkol shromažďovat informace o RS, zjišťovat vlivy environmentálních faktorů, porovnávat efekt léčby různých medikamentů a získávat data o RS v České republice. (Vališ, Pavelek, 2020 s. 125)

Existuje mnoho služeb a spolků pro RS pacienty, kde se mohou s někým poradit. Jednou takovou službou je „Sestry v akci“. Jde o službu, kdy je na telefonu k dispozici sestra z RS centra, která řeší nastalé situace a problémy spojené s RS. Tato služba je určena jak pro samotné RS pacienty, tak i pro jejich rodinné příslušníky a veřejnost. (www.sestravakci.eu)

V České republice je v provozu zatím jediný domov pro nemocné s RS. Je to Domov sv. Josefa v Žirči a poskytuje komplexní péči vážně nemocným s RS. Jak jsem již uvedla, existuje mnoho organizací a spolků, které sdružují nemocné s RS, a snaží se jim poskytnout plnohodnotný a důstojný život. Mezi tyto organizace patří např. Unie Roska, Sdružení mladých sklerotiků, RS kompas, MSrehab, Nadace Jakuba Voráčka a mnoho dalších. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 125-127)

3.8 Nejnovější studie

Jeden z nejnovějších výzkumů se zaměřuje na kmenové buňky a jejich účinnost jakožto samostatnou léčebnou metodu i v oblasti protektivity. Výzkum byl prováděn v Izraeli v Hadassahově Lékařském centru, kde byla prováděna studie na léčbu kmenovými buňkami NG-01 u pacientů s primárně progresivní RS. Použití NG-01 zahrnuje odběr kostní dřeně pacienta a expanzi unikátní, patentované subpopulace mezenchymálních

kmenových buněk (MSC) se silnými imunosupresivními, neuroprotektivními a regeneračními vlastnostmi. MSC jsou kmenové buňky, které mohou vytvářet řadu dalších typů buněk. Tyto buňky se pak vracejí do těla pacienta, kde by měly putovat do míst poranění v centrálním nervovém systému. Cílem je, aby tyto buňky zabránily dalšímu poškození nebo dokonce pomohly obnovit myelin, který se při RS postupně ztrácí.

V druhé fázi studie se porovnávala účinnost kmenových buněk NG-01 podáním skrze páteřní kanál nebo přes krevní systém. Bylo zjištěno, že účinnost je vyšší při podání přes páteřní kanál. Zkoumala se hladina neurofilament, které se při poškození strukturálních neuronů uvolňují do mozkomíšního moku. Bylo prokázáno, že u pacientů, kterým byl NG-01 podáván přímo do páteřního kanálu, došlo po šesti měsících k významnému, 63,5% snížení hladiny neurofilament, zatímco u pacientů v intravenózní skupině byl pokles menší a nedosáhl statistické významnosti. (www.multiplesclerosisnewstoday.com)

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je definován jako komplexní ošetřovatelská péče, která je přizpůsobená ke všem jednotlivým potřebám jedince. Přistupuje individuálně ke všem jedincům, řeší jejich problémy a snaží se jim předcházet. Pomocí pečlivého plánování ošetřovatelské péče lze dosáhnout kontinuity poskytované péče a zajistit tak změnu zdravotního stavu nemocného. Ošetřovatelský proces je vytvořen tak, aby sestra určovala a rozhodovala o co nejvhodnějším způsobu poskytované ošetřovatelské péče a její následné realizace. Realizaci sestra provádí sama, anebo za pomoci samotného nemocného. (Tóthová a kol., 2014, s. 16)

4.1 Ošetřovatelský model Majory Gordonové

Je považován z holistického pohledu za nejkompaktnější pojetí člověka v ošetřovatelství. Tento model se vyučuje na univerzitách po celém světě (i v ČR) a v mnoha nemocnicích slouží jako předloha ošetřovatelské dokumentace. Modelu M. Gordonové se též říká model „Funkčního typu zdraví“ a je rozdělen do 11 oblastí:

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Tato část se zabývá individuálním zdravotním stavem nemocného, jeho vnímáním samotného zdravotního stavu a pohody, péče o svůj zdravotní stav a uvědomování si své zdravotní situace a zvládání rizik spojených s aktuálním zdravotním stavem. Tato část se věnuje také dodržování doporučených preventivních postupů a dodržování předepsaných ošetřovatelských a lékařských doporučení.

Výživa a metabolismus

Tato oblast se zabývá příjmem potravy a tekutin vzhledem k dennímu režimu a k metabolickým potřebám jednotlivce. Popisuje také, v jaké formě je potrava přijímána, její množství, kvalita, kvantita či určitá preference některých jídel, potravin a tekutin. Hodnotí se zde i stav pokožky, její defekty, stav vlasů, nehtů, sliznic a zubů. Hodnotí se také teplota, hmotnost a výška.

Vylučování

Tato část se zabývá vylučováním moče a stolice. Hodnotí jeho kvalitu, kvantitu, pravidelnost, frekvenci či používání medikamentů a jiných pomůcek k vyprazdňování. Hodnotí také pot, jeho množství či zápach.

Aktivita, cvičení

Zde se popisuje cvičení, denní aktivity, volný čas a relaxace. Rozebírají se zde každodenní aktivity jako je hygiena, vaření, nakupování, práce a starání se o domácnost a k tomu potřebná vynaložená energie splnit tyto úkoly. Patří sem i volný čas, jeho trávení a způsoby a relaxace. Nelze opomenout také sportování a cvičení, jeho kvalitu a kvantitu, a také faktory, které brání jednotlivci ve vykonávání těchto aktivit.

Spánek, odpočinek

Tato část se zabývá spánkem, odpočinkem, relaxací a jejich kvalitami. Patří sem i navození spánku, užívání medikamentů ke spaní či jiné rituály před spánkem. Hodnotí se i energie získaná spánkem.

Vnímání, poznávání

V této oblasti se rozebírají smyslové funkce, vnímání a poznávání. Patří sem úroveň vědomí, bolest, popřípadě stupeň bolesti a mentální funkce. Posuzuje se přiměřenost smyslového vnímání (čich, chuť, hmat, dotek, sluch, zrak) a případné používání protéz či kompenzačních pomůcek.

Sebekoncepce, sebeúcta

Zaobírá se vnímáním sebe sama, svou osobností, emocionálním stavem a postojem k sobě samému. Popisuje zde individuální názor na sebe sama, na své záliby, koníčky, talent, vlastní identitu, image a vlastní hodnoty. Patří sem i nonverbální projev jednotlivce, jako je držení těla, způsob řeči, tón hlasu, pohyb a oční kontakt.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Popisuje vnímání rolí a mezilidských vztahů a jejich plnění. Zaobírá se také životní rolí a aktuální situací a schopností plnit tuto roli a dostat své zodpovědnosti a svých závazků. Patří sem i problémy v práci, rodině a nesoulad v sociálních vztazích.

Sexualita, reprodukční schopnost

Tato část se zabývá sexualitou jedince, jeho spokojenosti či nespokojenosti v sexuálním životě. Popisuje i reprodukční období ženy a s tím spojené problémy a obtíže.

Zvládání a tolerance zátěže/stresu

Tato oblast se zabývá jak všeobecným zvládáním stresu, tak i zvládáním stresu a zátěže jednotlivce. Patří sem individuální rezervy jednotlivce, způsob zvládání stresu, podpůrné systémy a v neposlední řadě podpora rodiny.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Jsou zde popisovány hodnoty, víra, přesvědčení a cíle jednotlivce. Také ovlivnění v rozhodování jednotlivce, jeho hlavní cíle v životě, jeho životní nastavení a hodnoty.

Jiné

Zde je možnost zařadit oblasti a důležité informace, které nebyly v předchozích částech zmíněny (Tóthová a kol., 2014, s. 52-55)

5 EDUKACE

Pod pojmem edukace si můžeme představit vzdělávání, předávání poznatků, osvojení si nových dovedností. V ošetrovatelství nejčastěji edukuje sestra pacienta o důležitosti změny životního stylu a edukuje ho o nových dovednostech, které jsou potřebné v jeho následujícím životě. Edukace pacienta nese svá specifika, neboť pacient je mnohdy nemocný, má bolesti, a tím dokáže vnímat menší počet informací a zapamatovat si je. Tím by sestra měla naplánovat edukaci na dobu, kdy je pacientovi co nejlépe a je bez největších bolestí.

S edukací sestře dopomáhá edukační proces, který se dělí na tři dílčí kroky. V prvním kroku sestra zhodnotí ochotu pacienta změnit jeho dosavadní styl života, ochotu naučit se novým věcem a také motivaci. Ve druhém kroku je potřeba zvolit vhodné téma pro edukaci. Třetím krokem edukačního procesu je vyhodnocení edukace a předání potřebných informací či dovedností pacientovi.

Svou roli v tomto procesu hraje sestra (edukátor), která je zodpovědná za kvalitní edukaci. Sestra by měla být empatická, trpělivá, měla by pacienta podporovat a působit ochotným dojmem. Měla by být také vzdělaná v dané problematice a vhodně určit počet informací, které pacientovi předává. Dále by sestra měla zvolit vhodné prostředí pro edukaci, rozvíjet pacientovy dovednosti a hodnotit jeho pokroky.

Samozřejmě důležitou součástí edukace je i edukant, což v našem případě je pacient. Někdy jsou součástí edukace i pacienti rodinní příslušníci. Pacient má právo znát svůj léčebný režim a má právo být edukován. Pacient má právo na poskytnutí změny životního stylu, který je vhodný a reálný vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocného. Dále by měla být pacientovi vysvětlena jeho odpovědnost za změnu nového životního stylu a míra odpovědnosti za jeho zdraví. (Svěráková, 2012, 23,24,29.33-37)

5.1 Edukace u pacientů s RS

Edukace u pacientů s RS je velice specifická. U každého pacienta s RS se nemoc projevuje rozdílně, a proto je důležitý individuální přístup ke každému jedinci s touto nemocí. Společnými prvky edukace u pacientů s RS je změna životního stylu, kdy by pacienti měli přestat kouřit, alkohol by měli pít jen příležitostně nebo vůbec, měli by se vyhýbat nadměrnému slunění (i když vitamín D je velice důležitý), vyhýbání se horkým koupelím, nadměrné námaze a také zvolit vhodná dietní opatření, jakými jsou: používání olejů

s kyselinou linolovou, konzumace ořechů, semínek, a to hlavně lněného semínka a olejů z něj, konzumovat mléčné výrobky z ovčího a koziho mléka, konzumovat pouze libové maso, dostatek ovoce a zeleniny, a také minimalizovat nasycené tuky. (Vališ, Pavelek, 2020, s. 80,81)

V kompetencích sestry je také edukovat pacienta o způsobu aplikace léčiv. Mezi nejčastější aplikace léčiva u RS je intramuskulární či subkutánní aplikace léčiva. Sestra edukuje pacienta o důležitosti dodržování léčebného režimu a správném dávkování léku, o správném skladování léku, vhodnosti střídání místa vpichu a v neposlední řadě o správném postupu při aplikaci léku. Dále sestra edukuje nemocného o nežádoucích účincích léku, jakými v tomto případě mohou být lokální kožní reakce, flu-like syndrom, zvýšené jaterní enzymy, porucha funkce štítné žlázy či deprese. Vše je však nutné konzultovat s ošetřujícím lékařem. (Kubala Havrdová, 2015, s. 112, 113)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Pojem roztroušená skleróza se začíná čím dál tím více objevovat v hromadných sdělovacích prostředcích. I celebrity a známé osobnosti přiznávají, že jim byla diagnostikována tato nemoc. Ke většině lidí v populaci se tedy pojem roztroušená skleróza a její základní význam dostal. Je ale potřeba zajistit validní informace nově diagnostikovaným s touto nemocí.

Po celé zemi jsou vybudována RS centra, která mají zajistit komplexní péči nemocným s RS. V tomto centru je mnoho osob rozdílných profesí, které se podílejí na péči o nemocného s RS. Jednou z těchto osob je i sestra, která má v multidisciplinárním týmu nezastupitelnou roli - má za úkol navázat důvěryhodný kontakt s nemocným.

U nově diagnostikovaných pacientů je potřeba, aby dostali pravdivé a relevantní informace o jejich novém onemocnění. Je potřeba, aby lékař vybral vhodnou a účinnou léčbu, ale také je potřeba, aby informoval nemocného o možnostech a způsobu léčby. Je vhodné, aby se takového setkání zúčastnil i někdo z rodiny, aby se zajistily kvalitní informace i nejbližšímu okolí pacienta. Bohužel pacienti dohledávají informace o léčbě i o nemoci na různých internetových portálech a často získávají mylné či zavádějící informace. Mnohdy se pacienti i rodinní příslušníci s dotazy ohledně nemoci obracejí na sestru a ptají se na informace, které už jim byly sděleny lékařem. Je tedy nutné, aby sestra byla informovaná a vzdělaná a uspokojila všechny dotazy pacienta, na které má kompetence odpovědět.

I na lůžkových odděleních je potřeba, aby sestry byly vzdělané a informované a byly schopny se komplexně a holisticky postarat o nemocné s RS. Kromě klasické péče o nemocné je potřebné zajistit pacientům nejen fyzickou, ale i psychickou pohodu. Objektivním a subjektivním sledováním pacienta může sestra zjistit důležité příznaky a změny v psychice nemocného, neboť častým přidruženým onemocněním jsou i deprese. Veškeré zjištěné skutečnosti je nutné porovnat a vyhodnotit v ošetrovatelském procesu. Ten by měl napomoci k utřebení informací o prožívání nemoci RS u muže a ženy a vnést nové poznatky o individuálních potřebách péče o takto postiženého muže či ženu. Zmapováním klíčových oblastí v ošetrovatelské péči lze přispět k lepšímu pochopení stavu pacientů a zajistit tak kvalitnější péči o ně. K cíli nás dovedou odpovědi na otázky: „Je rozdílné vnímání a

prožívání nemoci po psychické a fyzické stránce u muže a u ženy? Co mají společné? Jak může sestra pomoci?“

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

7.1 Hlavní cíl

Zorientovat se v odlišnostech prožívání roztroušené sklerózy mezi mužem a ženou.

7.2 Dílčí cíle

- Zjistit, jak roztroušená skleróza ovlivnila zaměstnání muže a ženy.
- Zmapovat změnu sociální role muže a ženy s RS.
- Proniknout do změn sebepojetí u muže a ženy způsobených onemocněním RS.
- Zpracovat kazuistiku muže a ženy s RS.
- Ozřejmit roli sestry u onemocnění RS.

7.3 Výzkumné otázky/problémy

1. Jak RS ovlivnila zaměstnání muže a ženy?
2. Jakým způsobem se změnila sociální role v rodině muže a ženy s RS?
3. Jak onemocnění RS změnilo pohled na sebe a svůj život u muže a ženy?
4. Jaká je role sestry vzhledem k informovanosti pacientů s RS?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum jsme si zvolily záměrný výběr participantů. Kritéria pro náš výběr ve výzkumu byla oslovit jednoho muže a jednu ženu, kteří mají onemocnění RS a jsou zhruba ve stejném věku. Dalším kritériem bylo, aby participantí měli jinou formu RS než relaps – remitentní. Dalším kritériem bylo, aby participantí byli hospitalizováni na neurologickém oddělení. Bylo potřeba ujistit participanty, že účast na výzkumu je dobrovolná a zcela anonymní. Poté jim byl dán k podepsání informovaný souhlas, který je prázdný přiložený v příloze.

9 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum se zakládá na informacích, které nejsou získávány pomocí statistických metod, ale pomocí problému, který zkoumá. Tento výzkum zkoumá jedince, skupinu nebo určitý fenomén v každodenním životě dopodrobna. Kvalitativní výzkum získává data, která nelze zobecňovat a objektivizovat. Jedná se tedy o subjektivní data, která jsou popisována do detailu. Výstupem z kvalitativního výzkumu mohou být nově stanovené výzkumné otázky, nové a neotřelé názory a pohledy na již vyzkoumanou věc či úplně nová teorie. (Vévodová, Ivanová a kol., 2015, s. 102,103)

V našem kvalitativním výzkumu jsme si zvolily jako metodu případovou studii. Ta se skládala z polostrukturovaného rozhovoru, z analýzy zdravotnické dokumentace a z hodnotících škál. Kvalitativní výzkum umožnil prozkoumat a zmapovat hloubkové informace o participantech. Polostrukturovaný rozhovor byl nahráván na diktafon v mobilním telefonu a následně byl převeden do elektronické podoby. První část rozhovoru se týkala samotné nemoci a jejím dopadem na ostatní členy rodiny. Další část rozhovoru se týkala samotného pacienta a jeho prožívání zkoumané nemoci. Třetí část rozhovoru se týkala životním stylu a případně jeho úpravě po diagnóze RS. V poslední části se nachází otázky na téma informovanosti o nemoci. V polostrukturovaném rozhovoru byly použity i otázky k doplnění hloubkových informací o participantech. Ke zpracování dat bylo použito otevřené kódování rozhovorů pomocí tužky a papíru. Doplnující informace jsme získaly analýzou lékařské i sesterské dokumentace spolu s hodnotícími škálami. Získané informace jsme zařadily do oblastí ošetrovatelského modelu dle Marjory Gordon, který je vhodný pro hloubkový výzkum participanta a následně ke stanovení jeho individuálního plánu ošetrovatelské péče. Vše probíhalo se souhlasem participantů, kteří mi podepsali informovaný souhlas.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Po schválení žádosti o provedení výzkumu, od paní magistry Světluše Chabrové, jsem zahájila svůj výzkum. Ten probíhal od 18. října 2021 do 19. listopadu 2021 na Neurologické klinice pod vedením vedoucí práce a vrchní sestry Neurologické kliniky Mgr. Lucie Posseltové. Participanti byli seznámeni s tím, že provedené rozhovory jsou anonymní a souhlasili s podepsáním informovaného souhlasu.

11 ZPRACOVÁNÍ DAT

Rozhovory participantů, které byly nahrány na diktafon s jejich souhlasem, jsem přepsala do programu Microsoft Office Word. K utřídění nahrávek mi pomohlo kódování a metoda tužka a papír.

12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

12.1 Kazuistika číslo 1

Čtyřiceti pěti letý muž byl přijat dne 21.10.2021 na neurologickou kliniku pro dekompenzaci stavu řeči a mobility na podkladě infektu doprovázeného subfebriliemi. Od roku 2006 primárně progresivní forma RS projevující se spastickou kvadruparézou s převahou paraparézy dolních končetin. Od poslední kontroly v září roku 2020 je pacient imobilní, ale sám se pohybuje na vozíku.

12.1.1 Anamnéza

Osobní:

- V dětství prodělal běžné dětské nemoci
- V roce 1990 zlomený femur
- Po podávání kortikoidů Cushingův syndrom od roku 2017

Rodinná:

- Matka: hypertyreóza
- Otec: RS (tajil onemocnění), již zemřel
- Děti: zdravé

Farmakologická:

- Vesicare 5mg tbl. 1-0-1
- Helicid 20 mg cps. 1-0-1
- Imuran 50mg tbl. 1-0-0

- Rivotril 0,5mg tbl. 0-0-1
- Tamsulosin 0,4mg tbl. 1-0-0
- Nebilet 5mg tbl. 1-0-0
- Caltrate 600mg/400 IU tbl. 1-0-0
- Vigantol 5ggt/den 0-1-0
- Calcichew D3 tbl. 0-0-1
- KCL 500mg tbl. 1-0-1
- Magnosolv 1 sáček denně 0-1-0
- Clexane 0,4 ml s.c. 0-0-1
- Isolyte 1000 ml i.v. 1-0-0

Sociální:

- Pacient žije sám v jednolůžkovém pokoji v Domově s pečovatelskou službou v Kralovicích. Má dvě děti (dceru a syna) a manželku, se kterými si pravidelně volá.

Pracovní:

- Dříve pracoval jako konstruktér, od roku 2012 pobírá invalidní důchod.

Alergologická:

- Amoksiklav

Abúzus:

- Nekouří, alkohol nepije

Současné onemocnění: Roztroušená skleróza

Aktuální lékařská diagnóza: Roztroušená skleróza primárně-progresivní forma.

Přidružená lékařská diagnóza: Cushingův syndrom, sekundární osteoporóza.

12.1.2 Shromažďování objektivních a subjektivních údajů

Fyzikální vyšetření z pravidla provádí nejdříve lékař, poté až sestra. Toto vyšetření se provádí pomocí smyslů tj. sluchem, hmatem, zrakem, popřípadě čichem. Mezi vyšetřovací metody patří 5P: poslech, pohmat, pohled, poklep a per rectum. (Nejedlá, 2015, s. 54-57)

Fyzikální vyšetření

Celkový stav: Pacient je na první pohled upravený a stará se o svůj vzhled.

Vědomí: Pacient je plně při vědomí, je orientovaný místem, časem i osobou. Nejsou u něj pozorovány žádné kvalitativní ani kvantitativní poruchy vědomí.

Poloha, postoj: Pacient udržuje aktivní polohu, nezaujímá žádnou úlevovou polohu. Pacient používá invalidní vozík k přesunu z místa na místo.

Stabilita vestoje, chůze, hybnost: Pacient trpí paraparézou dolních končetin, nemůže se tedy sám postavit na nohy. Chůzi ani stoj nelze vyšetřit. Pacient provede pohyb proti odporu, s mírnou silou.

Abnormální pohyby: Občas dochází u pacienta ke kosterně svalovému třesu dolních končetin

Kůže, vlasy: Vlasy, obočí, řasy i nehty vypadají normálně. Kůže na dolních končetinách je suchá, kožní turgor je menší a kůže není tak pružná. Na levé hýždí se nachází prohlubeň po již vyléčeném dekubitu. V oblasti břicha, steha a hýždí se nachází strie, které jsou způsobeny kortikosteroidní léčbou.

Čítí: Pacient pocítuje parestézii hlavně v dolních končetinách.

Řeč, hlas: Pacient hůře artikuluje, když mluví, takže je mu hůře rozumět.

Uropoetický systém: Pacient nemá momentálně žádné problémy s uropoetickým systémem.

Fyziologické funkce

- Vědomí: při vědomí, orientován časem, místem, osobou
- Dýchání: 18 dechů/minutu, bez potíží

- Krevní tlak: 115/64
- Puls: rychlost – 65 pulzů/min, pulz pravidelný
- Tělesná teplota: 36,4 °C
- Saturace O₂: 98%
- Hmotnost: 95 kg
- Výška: 182 cm
- Řeč: zhoršená výslovnost a artikulace
- BMI: 28,7
- Zuby: vlastní
- Kůže: na levé hýždi patrná povrchová léze po dekubitu z jara 2019, strie hlavně v oblasti břicha, stehen a hýždí po kortikosteroidní léčbě, jinak suchá kůže
- Bolest: nejuje

Kompenzační pomůcky

- Invalidní vozík

Použité škály

- GCS: 14 (lehká porucha vědomí), viz. Příloha č. 7
- EDSS: 8 (pacient je ležící, závislý na invalidním vozíku s pomocí druhé osoby, soběstačnost je zachována), viz. Příloha č. 8
- Numerická a analogová škála (VAS): 0 (žádná bolest), viz. Příloha č. 9
- Barthelův test základních všedních činností: 40 (vysoká závislost), viz. Příloha č. 10
- Riziko pádu dle Conleyové: 6 (střední riziko), viz. Příloha č. 11
- Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 21 (zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů), viz. Příloha č. 12

- Stupnice hodnocení psychického zdraví: 7 (6 a více značí poruchu psychického zdraví), viz. Příloha č. 13
- Test instrumentálních všedních činností (IADL): 40 (závislý), viz. Příloha č. 14
- BMI: 28,7, viz. Příloha č. 15

12.1.3 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat k hospitalizaci na neurologickém oddělení dne 21.10.2021, propuštěn byl 4.11.2021.

1. Den

Pacient byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou z DPS Kralovice dne 21.10.2021 v 11:34 na Neurologické oddělení. Byl přivezen pro dekompenzaci stavu řeči a mobility na podkladě infektu doprovázeného subfebriliemi. Pacientovi byl na urgentním příjmu proveden RTG snímek plic a srdce, kde byla zachycena počínající pleuropneumonie vlevo laterobazálně. Bylo také natočeno EKG, na jehož záznamu nebyla objevena žádná patologie. Dále byly pacientovi změřeny základní fyziologické funkce. Také byla nabrána krev pro běžné neurologické vyšetření a byly odebrány hemokultury. Již na urgentním příjmu byl za veden pacientovi PŽK, do kterého kapal Isolyte 1000ml/na 10 hodin. Poté byl pacient převezen na neurologické oddělení, kde byl hospitalizován na standardním pokoji s dalšími čtyřmi pacienty. Souhlas s hospitalizací byl podepsán a pacient byl edukován o chodu oddělení a uložení signalizačního zařízení. Pacient trpí paraparézou dolních končetin, takže není schopen se sám přemísťovat, s jeho souhlasem byly použity absorpční pomůcky místo cévky. V 16:00 byl pacientovi aplikován Clexane 0,4ml s.c.. Následovala večeře, kdy pacient snědl pouze polovinu porce z jídla, kterou dostal. V 21:00 hodin byl pacientovi podán Ceftriaxon 2g i.v..

2. Den - 4. Den

Tyto dny probíhaly ve stejném léčebném režimu. Pacient se probouzel celkem odpočatý, ale i tak si po obědě vždycky zdříml. U pacienta byla prováděna ranní hygiena, kterou nedokázal provést sám, pacienta umyl ošetřující personál. Ke všem denním jídlům snědl pacient pouze polovinu jídla. Během dne bylo vždy potřeba připomenout pacientovi, aby se napil. Pacientovi byly podány léky dle ordinace lékaře. Přes den s pacientem cvičila

fyzioterapeutka. Pacient trávil čas na lůžku, s ostatními pacienty si povídal vždy jen chvíli. Večer se díval společně s ostatními pacienty na televizi.

5. Den

Pacient se probudil odpočatý a cítil se lépe než dny předtím. Pacient již mluvil lépe a jeho stav se zlepšoval. Jídlo jedl již sám bez pomoci a opět snědl jen poloviční porce z celodenní stravy. Pacient za celý den vypil kolem 1,5l tekutin, bylo potřeba pacientovi připomínat, aby se napil. Kolem 17. hodiny se pacientovi přitížilo, bylo na něm vidět, že se necítí dobře. Měl horké, červené tváře a byla mu naměřena teplota 38,2 °C. Pacient při takovéto teplotě opět přestal mluvit a jeho reakce byly opožděné a zpomalené. V 18:00 byl pacientovi podán Perfalgan 1g i.v. na 30 minut. Teplota po podání léčiva klesla. U pacienta byla odebrána moč na kultivační screening, byl udělán výtěr nosu a krku. Ve 21 hodin při pravidelném podávání ATB léčby byla pacientovi opět změřena teplota, kdy byla naměřena hodnota 38 °C. Pacientovi tedy byla nabrána krev na hemokulturu a byla poslána do laboratoře.

6. Den

Pacient spal celou noc bez probuzení. V 5:30 hodin byla pacientovi naměřena teplota 38,5 °C, byl proveden odběr krve na krevní obraz, jaterní testy, CRP. Také byl odebrán vzorek moči na sérologické vyšetření chlamydií a mykoplazmat. Pacientovi byl následně podán Perfalgan 1g i.v. na 30 minut. Většinu dne pacient prospal a při komunikaci se sestrou vrtěl nebo kýval hlavou, řeči nebyl schopen. V tento den snědl akorát trochu oběda. Samozřejmě byla pacientovi podávána každodenní medikace dle lékaře. Ve 20:30 byla pacientovi opět naměřena teplota 38,2 °C a byl podán Perfalgan 1g i.v. na 30 minut.

7. Den

Pacient spal celou noc bez probuzení, teplota přes noc mírně klesla, po probuzení byla naměřena hodnota 37,5 °C. Byl proveden odběr krve na vyšetření krevního obrazu a CRP. U pacienta byla provedena ranní hygiena, pacient byl apatický a příliš nespolupracoval. V dopoledních hodinách bylo pacientovi odebráno sputum na kultivaci a byl proveden kontrolní RTG plic. Pacientovi byla podána pravidelná medikace a k ATB léčbě byl přidán Klacid 500mg tbl. po 12 hodinách. Oběd pacient nechtěl, neměl hlad. Vzhledem k tomu, že měl opět horečku 38,2 °C, byl mu podán Perfalgan 1g i.v. na 30 minut. Pacient prospal

celé odpoledne, až na pravidelné měření teploty, které ho ze spánku vyrušovalo. Ve 21 hodin byla podána pacientovi poslední dávka Ceftriaxonu.

8. Den

Tento den se pacient probudil mnohem více odpočatý, bez subfebrilie či horečky. Pacientův stav se zlepšil a dokázal opět komunikovat. Ranní hygienu provedl zdravotnický personál. Pacient tento den snědl polovinu porce z každého jídla. Bylo potřeba mu opět připomínat dodržování pitného režimu. Byla podána medikace dle lékaře.

9. -10. Den

Byla nabrána krev pro kontrolu krevního obrazu a CRP. Pacient se cítil lépe, byl bez horečky či subfebrilie. Cítil se více vyspalý po nočním spánku, a proto přes den tolik nespál. Vzhledem ke zlepšujícímu se stavu se pacient aktivněji zapojoval do rehabilitace. Pacient stále jedl pouze poloviční porce jídla. Na dostatečný pitný režim musel být upozorněn. Pacient začal více komunikovat s ostatními pacienty na pokoji. Byla podána medikace dle lékaře.

11. -13. Den

Pacientův stav se zlepšoval, jak objektivně, tak i subjektivně. Pacient se probouzel čilý a pomáhal s ranní hygienou zdravotnickému personálu. K jídlu se posazoval s nohama dolů z lůžka. Jedl stále pouze polovinu z porce jídla. Pacient se snažil dodržovat pitný režim, ale stále musel být upozorňován zdravotnickým personálem na dostatečné pití tekutin. Pacient se aktivně zapojoval při fyzioterapii. Byly mu podány léky dle ordinace lékaře.

14. Den

Ráno byla nabrána krev pro kontrolu krevního obrazu a hodnot CRP. Také byl proveden kontrolní RTG snímek plic. Ve 12 hodin byla pacientovi podána poslední dávka ATB. Jinak celý den u něho proběhl jako ty předchozí dny.

15. Den

Pacient byl převezen zdravotnickou záchrannou službou zpět do DSP Kralovice ve 12:35 hodin.

12.1.4 Sběr dat dle modelu Marjory Gordon

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Onemocnění RS bylo pacientovi diagnostikováno zhruba před 20 lety. Začalo to záškuby očí při větším soustředění (při holení). Pacient má primárně progresivní formu RS. Nepřichází tedy klasické ataky a poté zlepšení stavu, ale stav se neustále zhoršuje. Pacient je se svojí nemocí smířený a ví, jak nemoc pravděpodobně bude pokračovat. Základní informace se dozvěděl od lékaře, který mu sděloval diagnózu, později čerpal informace z internetu. Nemocný nekouří ani nepije, avšak zkusil léčebné konopí proti spasmům, které má v dolních končetinách, nezafungovalo to. Pacient pravidelně užívá léky proti své nemoci a jezdí na pravidelné kontroly k neurologovi. Snaží se pravidelně být na vzduchu a procvičovat horní končetiny, aby se udržel alespoň v kondici, v jaké momentálně je. Pacient je upoután na invalidní vozík a sám se na něm pohybuje. Nyní je v invalidním důchodu, takže se snaží vyvarovat stresu a být vždy pozitivně naladěný.

Výživa a metabolismus

Nemocný dostává pravidelně stravu v DSP, avšak kvůli tomu, že se moc nehýbe a povětšinu času sedí na vozíku, tak sní pouze polovinu z každé porce. V nemocnici toto praktikuje také, i za přemlouvání sní pouze polovinu porce. Stravuje se tedy menšími porcemi, avšak pravidelně se všemi potřebnými vitamíny a minerálními látkami. Tekutin vypije pacient kolem 1,5 l denně. Nejráději má ovocné šťávy, avšak nemocniční čaj mu nechutná, kávu ani alkohol nepije. Pacient váží 95 kg a měří 182 cm, jeho BMI dosahuje tedy hodnoty 28,7. Stav sliznic, vlasů a nehtů se za dobu pobytu nezměnil. Na kůži je však vidět narůžovělá kůže po dekubitu z dřívější doby. V oblasti břicha, stehem a hýždí jsou viditelné strie, které má nemocný po dlouhodobé kortikosteroidní léčbě. Kůži má většinu času sušší, a to hlavně na DK.

Vylučování

Pacient udrží moč a je si vědom, když má plný močový měchýř. Za hospitalizace používal pleny, jinak v DSP jezdí na vozíku sám na toaletu. Dříve pacienta trápily uroinfekce, hlavně při hospitalizaci v nemocnici, kdy měl zavedenou cévku. Po přeléčení ATB a vyndání cévky se stav zlepšil a infekce se vyléčily. Na stolici chodí každý den, avšak v nemocnici má vylučování stolice nepravidelné. Někdy je to každý den, jindy jednou za tři dny. Po dobu hospitalizace nebylo nutné podat pacientovi projímadlo či klyzma.

Aktivita, cvičení

Dříve nemocný velice rád a často jezdil na kole. Nyní je to pro něj nemožné, jelikož se pohybuje pomocí invalidního vozíku. Dříve zvládal pacient běžné manuální práce, které byly potřeba udělat kolem domu či v domě, nyní to nelze. Ještě před 3 lety normálně chodil a oblíbil si opravování aut v autodílně svojí manželky. Tuto činnost zvládal poté i na vozíku. Úklid tedy zajišťuje personál DSP. Hygienu, oblékání a jezení zvládá nemocný bez potíží, musí mu však někdo jídlo uvařit. V domově DSP se snaží procvičovat si horní končetiny pomocí overballu. Velice rád chodí na společné cvičení s ostatními z domova s pečovatelskou službou. Velice rád také tráví čas společným programem, který v DSP připravují pracovníci. Na jaře a v létě se pak rád vyhřívá na sluníčku v okolních pozemcích DSP a povídá si s ostatními obyvateli domova. V zimě, anebo za deštivých dnů, často tráví svůj čas na sociálních sítích či sledováním nějakých seriálů či filmů. V průběhu hospitalizace v nemocnici za ním dochází denně fyzioterapeutka a ergoterapeutka.

Spánek, odpočinek

Pacient spí dobře jak v nemocnici, tak v domově, nepotřebuje žádná hypnotika. Chodí spát mezi 22-23 hodinou večer a vstává ráno kolem 6. hodiny, protože tehdy začíná program v DSP. Přes noc spí dostatečně, ale často si zdřímne i během dne. V nemocnici to bylo také tak, po obědě si pacient vždy zdřímlel. Za odpočinek považuje nemocný dívání se na film či seriál. Režim v nemocnici je tedy velice podobný jako režim v DSP, ve kterém nemocný bydlí.

Vnímání, poznávání

Sluch nemoc nijak nepoznamenala. Prvním příznakem RS bylo škubání očí ze strany na stranu (nystagmus) při soustředění se na konkrétní věc. Po sdělení diagnózy se vše dalo do pořádku, ale nystagmus se občas znovu objeví. Nemocný tedy nepotřebuje brýle. Bohužel se jeho jemná motorika postupem času zhoršila, zapnout si knoflík je pro nemocného veliký problém, proto nosí oblečení bez knoflíků. Soustředit se je také čím dál tím větší problém, souvislou činnost vykonává pacient precizně pouze hodinu, když je unavený, tak půl hodiny.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient se sám označil za flegmatika. Považuje se za velice veselého a optimistického člověka, který si chce užívat života, i přes jeho nemoc. Je velice rád ve společnosti jiných lidí a rád si s nimi povídá. Je spokojený, vyrovnaný a se svojí nemocí se smířil. Momentálně je rozladěný z pobytu v nemocnici. V DSP má pokoj s koupelnou sám pro sebe a zde ne, takže v nemocnici postrádá soukromí. Při komunikaci vnímá dějovou linku a odpovídá na otázky pohotově. Pacientovi je hůře rozumět kvůli zhoršené artikulaci slov, kdy slova úplně nevysloví, ale spíše je zamumlá.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Nemocný pobírá od roku 2012 invalidní důchod, dříve dělal konstruktéra. Nyní žije sám v DSP Kralovice, jeho žena a děti bydlí v Klatovech. Pravidelně si s nimi volá, ale po dobu pandemie covidu je neviděl, protože návštěvy nebyly možné. Vždy si s nimi dlouze povídá a je na ně hrdý. Po sdělení diagnózy měl plnou podporu od rodiny. Jediný, kdo tuto zprávu přijal negativně, byl jeho otec, který také RS měl (ale již nežil s pacientovou matkou). Jelikož se nemoc projevila ještě před narozením pacientova druhého dítěte (dcery), tak se děti postupně dozvídaly o RS svého otce. Nemocnému se téměř proměnili všichni kamarádi, jelikož s mnoha z původních nemohl jezdit na kole. Poznal ale mnoho jiných lidí, se kterými se nyní baví. Členem žádné z patientských organizací není, a ani nebyl na žádném z jejich setkání. Jak jsem již psala, pacient je velice společenský a užívá si možnost být v kolektivu. Je velice rád za každodenní program v DSP, který mu dává možnost setkat se i s jinými obyvateli domova. Za dobu pobytu v nemocnici neměl žádnou návštěvu, jelikož návštěvy byly ve všech nemocnicích kvůli pandemii covid zakázány.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient má dvě zdravé děti, které byly počaty až po sdělení diagnózy RS. Je stále ženatý, ale se svojí manželkou nebydlí.

Zvládání a tolerance zátěže/stresu

Jelikož nemocný nepracuje, tak se moc nedostává do stresových situací. Dříve, když pracoval, tak byl ve stresu a pod tlakem neustále. Nyní se snaží být v klidu, neřešit zbytečnosti a užívat si života. Postupem času od sdělení diagnózy se staly jeho prioritami úplně jiné věci. Do žádné podpůrné skupiny ani na psychoterapii nechodí.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

V Boha ani v jiné náboženství nevěří. Po sdělení diagnózy RS změnil své priority. Je pro něj mnohem důležitější rodina, a to hlavně jeho děti. Záleží mu také na jeho zdraví a do budoucna by chtěl být alespoň částečně soběstačný, aby se mohl stále pohybovat sám na vozíku.

Jiné

Není nic uvedeno.

12.1.5 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 1

- Doména: 5. Percepce/kognice
- Třída: 5. Komunikace
- Diagnóza: Zhoršená verbální komunikace (00051)
- Související s: Onemocněním, neschopností mluvit
- Projevující se objektivně: Pacient není schopen komunikovat verbálně, není schopen mluvit. Pacient komunikuje pomocí posunků.
- Projevující se subjektivně: Pacient nevydává slova, není schopen mluvit.
- Očekávané výsledky: Pacient bude schopen mluvit a komunikovat verbálně.
- Očekávané intervence: Pozoruj pacienta a vnímej, jak neverbálně komunikuje. Pravidelně kontroluj pacienta, zda něco nepotřebuje. Pokládej pacientovi jednoduché otázky, na které bude odpovídat ano/ne.
- Hodnocení: Pacient začal opět mluvit ve větách.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 2

- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 3. Rovnováha energie
- Diagnóza: Únava (00093)

- Související s: Onemocněním a s námahou
- Projevující se objektivně: Pacient spí po celou noc, ráno se mu špatně vstává. Když má chvíli čas, snaží se odpočívat.
- Projevující se subjektivně: Pacient říká, že je přes den ospalý a nemá mnoho energie. Říká, že fyzioterapie je pro něj namáhavá a má potřebu si po fyzioterapii odpočinout.
- Očekávané výsledky: Pacient se bude cítit svěží a bude mít více energie na denní aktivity. Bude znát, jak si rozvrhnout den s místy na odpočinek.
- Očekávané intervence: Dopřej pacientovi prostor na odpočinek. Nabídní pacientovi možnost nadstandartního pokoje pro větší klid a soukromí na klidný spánek i během dne. Dbej na klid na oddělení. Edukuj pacienta o relaxačních technikách. Doporuč pacientovi klidné, nenáročné aktivity.
- Hodnocení: Pacient zná relaxační techniky a má povědomí o tom, jak je potřebné při jeho nemoci pravidelně odpočívat a naplánovat si den s místy pro odpočinek.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 3

- Doména: 4.Aktivita/odpočinek
- Třída: 4.Aktivita/cvičení
- Diagnóza: Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
- Související s: Onemocněním, s paraparézou DK, s imobilitou, kvůli které byl pacient přijat.
- Projevující se objektivně: Pacient při přijetí pouze ležel, nebyl schopen se pohybovat. Potřebuje pomoc sestry při pohybu či při podání věcí.
- Projevující se subjektivně: Pacient si je vědom, že není schopen se pohybovat.
- Očekávané výsledky: Pacient bude moct pohybovat horními končetinami a bude schopen se posadit na lůžku.

- Očekávané intervence: Kontroluj pravidelně pacienta, zda něco nepotřebuje. Pravidelně polohuj pacienta. Zajisti pacientovi fyzioterapii. Podporuj pacienta ve fyzioterapii. Podporuj psychicky pacienta při léčbě.
- Hodnocení: Během hospitalizace pacient začal pohybovat horními končetinami. Byl schopen se sám posadit na lůžku a byl schopen si podat věci ze stolku, který stál u lůžka.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 1

- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 2. Tělesné poškození
- Diagnóza: Riziko dekubitu (00249)
- Související s: Snížená mobilita pacienta, paraparéza DK
- Projevující se objektivně: Pacient je upoutaný na lůžko, není schopen pohnout dolními končetinami. Je potřeba, aby zdravotnický personál dopomohl pacientovi s pohybem na lůžku.
- Projevující se subjektivně: Pacient vědomě pociťuje neschopnost pohnout dolními končetinami. Pacient přivolává signalizačním zařízením sestru, když má potřebu se otočit či napolohovat dolní končetiny.
- Očekávané výsledky: Pacientovi nevznikne žádný dekubitus ani proleženiny. Pacient nebude mít otlačenou žádnou část těla.
- Očekávané intervence: Dbej na čistotu ložního prádla. Pravidelně polohuj pacienta. Pozorně sleduj kůži na pacientově těle. Edukuj pacienta o nepříjemných pocitech při delším ležení na lůžku.
- Hodnocení: Pacientova kůže za podobu hospitalizace nejevila ani náznak dekubitu či proleženiny. Dekubit za hospitalizace nevznikl.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza č. 2

- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 2. Aktivita/cvičení
- Diagnóza: Riziko syndromu nepoužívání [muskuloskeletálního systému] (00040)
- Související s: Paraparézou dolních končetin
- Projevující se objektivně: Pacient se sám obtížně pohybuje na lůžku. Není schopen sám pohnout dolními končetinami. Pacient potřebuje pomoci při změně polohy v lůžku.
- Projevující se subjektivně: Pacient si uvědomuje, že není schopen pohnout dolními končetinami. Je si vědom, že je závislý na pomoci zdravotnického personálu při změně polohy v lůžku.
- Očekávané výsledky: Pacient bude schopen používat horní končetiny. Pacient bude edukován, jak se otáčet na lůžku bez pomoci zdravotnického personálu.
- Očekávané intervence: Zajisti pacientovi fyzioterapeuta. Edukuj pacienta o důležitosti procvičování horních i dolních končetin těla. Edukuj pacienta, jak se otočit na lůžku.
- Hodnocení: Pacient aktivně spolupracoval s fyzioterapeutem. Pacient byl edukován o důležitosti procvičovat muskuloskeletální systém i mimo nemocnici. Pacient byl schopen se sám otočit na lůžku.

12.2 Kazuistika číslo 2

Padesáti osmi letá pacientka byla přijata na neurologickou kliniku pro opakovaně se zhoršující stav. Pacientka nebyla schopna chodit a špatně mluvila a nenacházela slova. Její vnučka tedy přivolala ZZS. CMP byla po prvotním vyšetření vyloučena.

12.2.1 Anamnéza

Osobní:

- V dětství prodělány běžné nemoci
- Od puberty křeče v končetinách, slabé končetiny, neschopnost se postavit na nohy
- Od roku 1993 imperativní mikce

Rodinná:

- Matka: stále žije v pečovatelském domě
- Otec: kolorektální karcinom (zemřel)
- Sestra: diabetes mellitus 2. typu
- Děti: zdravé
- V rodině se nevyskytuje žádná neurologická anamnéza.

Farmakologická:

- Imuran 50 mg tbl. 1-0-1
- Vigantol 30ggt. / 1x týdně 0-0-1
- Milgamma N tbl. 0-1-0
- Magnosolv 1 sáček denně 0-1-0
- Lyrica 50 mg tbl. 0-0-1
- Clexane 0,4 ml s.c. 0-0-1

Gynekologická:

- pacientka porodila dvě zdravé děti, menses od 12 let, menopauza ve 48 letech

Sociální:

- Pacientka žije v panelovém domě v bytě s vnučkou (13 let), kterou má v pěstounské péči.

Pracovní:

- Pacientka pobírá invalidní důchod, dříve pracovala v místní hospůdce, ta je nyní zavřená.

Alergologická:

- Alergii neguje.

Abúzus: Před 10 lety přestala kouřit, dříve kouřila krabičku cigaret denně, alkohol příležitostně

Současné onemocnění: Roztroušená skleróza

Aktuální lékařská diagnóza: Roztroušená skleróza sekundárně-progresivní forma.

Přidružená lékařská diagnóza: Vertigo

12.2.2 Shromážd'ování objektivních a subjektivních údajů

Fyzikální vyšetření

Celkový stav: Pacientka je na první pohled upravená a stará se o svůj vzhled.

Vědomí: Pacientka je plně při vědomí, je orientována místem, časem i osobou. Nejsou u ní pozorovány žádné kvalitativní ani kvantitativní poruchy vědomí. U pacientky se projevovala lehce depresivní nálada.

Poloha, postoj: Pacientka udržuje aktivní polohu. Žádnou úlevovou polohu nezaujímá, i přes její bolesti v dolních končetinách. Pacientka používá francouzskou hůl při chůzi.

Stabilita vestoje, chůze, hybnost: Pacientka zvládne stát s patami a špičkami u sebe, se zavřenýma očima to již nezvládne. Pacientka chodí sama, ale s pomocí francouzské hole, někdy s pomocí chodítka. Při chůzi zakopává levou končetinou. Pohyb pacientky je veden proti odporu s mírnou silou.

Abnormální pohyby: U pacientky dochází někdy k intenčním třesu horních i dolních končetin. Také u pacientky dochází ke spasmům kosterních svalů dolních končetin.

Kůže, vlasy: Vlasy, obočí, řasy i nehty jsou nepoškozeny. Kůže má menší turgor a je sušší.

Čítí: Pacientka pociťuje parestézii v dolních i horních končetinách. Také pociťuje bolest a spasmy ve stehnech.

Řeč, hlas: Pacientka má chraplavý hlas, avšak srozumitelnou řeč.

Uropoetický systém: Pacientka trpí imperativním močením, což je pro ni velice nepříjemné.

Fyziologické funkce

- Vědomí: při vědomí, orientována časem, místem, osobou
- Dýchání: 22 dechů/minutu, mírné zadýchání
- Krevní tlak: 110/74
- Puls: rychlost – 80 pulzů/min, pulz pravidelný
- Tělesná teplota: 36,6 °C
- Saturace O₂: 96%
- Hmotnost: 70 kg
- Výška: 162 cm
- Řeč: srozumitelná, hlas chraplavý
- BMI: 26,7
- Zuby: vlastní
- Kůže: hydratovaná, bez poškození
- Bolest: podle škály VAS: 5

Kompenzační pomůcky

- Francouzská hole, občas chodítka
- Brýle na čtení

Použité škály

- GCS: 14 (lehká porucha vědomí), viz. Příloha č. 16
- EDSS: 5,5 (postižení je dost výrazné, omezení pacienta v každodenní činnosti, chůze bez odpočinku asi 100 m), viz. Příloha č. 17
- Numerická a analogová škála (VAS): 5 (středně silná bolest), viz. Příloha č. 18
- Barthelův test základních všedních činností: 50 (závislost středního stupně), viz. Příloha č. 19
- Riziko pádu dle Conleyové: 8 (střední riziko), viz. Příloha č. 20
- Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 21 (zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů), viz. Příloha č. 21
- Stupnice hodnocení psychického zdraví: 13 (6 a více značí poruchu psychického zdraví), viz. Příloha č. 22
- Test instrumentálních všedních činností (IADL): 55 (částečně závislý), viz. Příloha č. 23
- BMI: 26,7, viz. Příloha č. 24

12.2.3 Průběh hospitalizace

Pacientka byla hospitalizována na Neurologickém oddělení od 11.11.2021 do 15.11.2021.

1. Den

Pacientka byla přijata dne 11.11.2021 v 11:42 na Neurologické oddělení pro neschopnost chodit a komunikovat. Pacientce po příjezdu do nemocnice byly vstupně změřeny základní fyziologické funkce, byla jí odebrána krev a zaveden PŽK. Jelikož si pacientka stěžovala na bolesti dolních končetin, kterou popsala na stupnici VAS jako hodnotu číslo 5, dostala Novalgin 10 ml do 250ml FR i.v.. Dále bylo provedeno CT vyšetření a vyšetření magnetickou resonancí. Podezření na CMP po těchto vyšetřeních bylo vyvráceno. Pacientka byla tedy z urgentního příjmu převezena na neurologické oddělení. Pacientka byla edukována o chodu oddělení, možnosti se na vše zeptat a podepsala informovaný souhlas. Pacientce byla nabídnuta možnost nadstandardního pokoje, tuto nabídku však odmítla a byla

tedy uložena na pokoj, kde byla již jiná pacientka. Při přijetí pacientka špatně mluvila a nemohla chodit. S pacientčíným svolením jí byly dány absorpční pomůcky namísto cévky. Po přijetí pacientky a vyplnění příslušné dokumentace jí byly změřeny fyziologické funkce. Následně jí byl podán do již zavedeného PŽK Solu - Medrol 1g i.v.. Po dokapání infuze byly pacientce opět změřeny fyziologické funkce, které byly v rámci normálních hodnot. Pacientka po podání infuze usnula. Poté se najedla večeře a dívala se na televizi spolu s druhou pacientkou na pokoji. Ve 22 hodin dostala pacientka vykapat Novalgín 5 ml do 250 ml FR i.v., aby se jí ulevilo od bolesti a lépe se jí spalo.

2. Den

Pacientka se v noci několikrát probudila, dobře se jí nespalo a necítila se po probuzení dostatečně odpočínutá. Pacientčiny bolesti nohou byly po nočním spánku menší než v noci před spánkem, nyní dosahovaly hodnoty VAS 3. S ranní hygienou jí dopomohl zdravotnický personál. Pacientka dostala další infuzi Solu – Medrolu 1g i.v.. Během dne ji navštívila fyzioterapeutka, která s pacientkou cvičila. Pacientka neměla moc chuť k jídlu, proto nesnědla celé porce jídla. Pacientka vypila za den 2 l tekutin, a to hlavně čaj. Večer probíhal podobně jako předchozí den, před spaním dostala pacientka opět vykapat Novalgín 5ml do 250 ml FR, aby jí ulevil od bolesti.

3. Den

Ráno se pacientka probudila opět s bolestí dolních končetin na VAS stupnici 3. Již od rána pacientka více komunikovala s okolím i se zdravotnickým personálem. Její řeč byla srozumitelnější a obsahovala i náročnější slova. S ranní hygienou pacientce opět dopomohl zdravotnický personál. Po snídani, kterou pacientka snědla celou, dostala vykapat další dávku Solu – Medrolu 1g i.v.. Dopoledne opět přišla fyzioterapeutka a po obědě pacientka usnula. Odpoledne pacientka luštila křížovku a večer se dívala s druhou pacientkou na televizi. Před spaním dostala pacientka na její žádost opět vykapat Novalgín 5ml do 250 FR.

4. Den

Ráno byla pacientce nabrána krev na kontrolu krevního obrazu a dalších laboratorních parametrů. Tohoto rána se pacientka probudila vyspalejší než předchozí dny. Bolest v jejích končetinách byla mírnější a pacientka jí udávala na VAS stupnici na hodnotě 2. Dostala opět vykapat infuzi Solu – Medrolu 1g i.v. Jelikož se cítila fyzicky lépe, zkusila

s fyzioterapeutkou pár opatrných kroků. Pacientka jedla už celé porce a seděla s nohama dolů z lůžka. Po obědě si opět pacientka zdřímla. Během odpoledne luštila křížovky a večer se opět dívala s druhou pacientkou na televizi. Večer dostala před spaním infuzi Novalginu 5 ml do 250 ml FR.

5. Den

Pacientka dostala vykapat poslední dávku Solu-Medrolu 1g i.v. a ve 13:23 byla převezena zdravotnickou záchranou službou zpět domů.

12.2.4 Sběr dat dle modelu Marjory Gordon Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka měla potíže s křečemi v končetinách již od puberty. Bohužel její praktický lékař jí nevěřil a posílal jí na mnoho jiných vyšetření, takže onemocnění RS má diagnostikované až od roku 2017. Pacientka má sekundárně progresivní formu RS. Její stav se tedy po každé atace rapidně zhoršuje. Bohužel léčba jí byla nasazena až v roce 2017, takže s pacientčíným stavem se toho moc dělat již nedá. Momentálně má pacientka zažádáno o novou léčbu, která by jí mohla více pomoci. Se současnou paní doktorkou je spokojená a chodí k ní na pravidelné kontroly. Pacientka přestala kouřit, dříve kouřila krabičku cigaret denně, alkohol pije jen ve výjimečných situacích, téměř vůbec. Pacientka nenavštěvuje žádné patientské organizace, ani navštěvovat nechce, protože se bojí, že tam uvidí lidi, kteří jsou na tom zdravotně lépe než ona.

Výživa a metabolismus

Pacientka si doma denně vaří jídlo, když nastanou obtíže, musí uvařit jídlo její vnučka. Pacientka jí pravidelně, avšak preferuje menší porce. Do svého jídelníčku zahrnuje také zeleninu a ovoce. Kávu pije 2x denně, alkohol pije ve výjimečných případech. Preferuje teplé bylinné čaje, občas si dá sladkou limonádu. Denně vypije až 2,5 litru, ale záleží to na jejím stavu. Pacientka měří 162 cm a váží 70 kg, takže její BMI má hodnotu 26,7. Vlasy, nehty i sliznice zůstaly v průběhu hospitalizace nezměněny. Kůže byla na začátku hospitalizace suchá, poté byla hydratovaná a bez poškození.

Vylučování

S vylučováním stolice pacientka nemá doma žádný problém. V nemocnici je to pro ni obtížné, jelikož nemá soukromí, protože pacientka je odkázána na toaletní křeslo. Po

dobu hospitalizace nebylo potřeba podat projímadlo či klyzma. S vylučováním moči je to pro pacientku obtížné, jelikož trpí imperativním močením. Obtěžuje jí to hlavně v místech, které nezná, a má strach, zda dojde včas na toaletu.

Aktivita, cvičení

Pacientka zvládne každodenní hygienu sama, s obstaráním domácnosti jí pomáhá její vnučka, která u ní bydlí. Pacientka zvládne uvařit, ale náročnější domácí práce jako je luxování či vytírání jsou pro ni hodně namáhavé, takže s těmi jí musí dopomocť její vnučka. Pokud se pacientce přitíží, je na vnučce, aby se o pacientku postarala. Pacientka na procházky nechodí, protože i s francouzskou holí ujde pouze 100 metrů, aniž by se musela zastavit. Při chůzi pociťuje pacientka zakopávání levé nohy. Na nákupy tedy chodí vnučka, a když jede pacientka k doktorovi, její vnučka jí doprovází. Žádné cvičení pacientka neprovozuje, jelikož má neustálé křeče, spasmy a bolesti v dolních končetinách. Když se jí opravdu přitíží, není schopná se ani na nohy postavit. V průběhu hospitalizace za pacientkou docházela fyzioterapeutka i ergoterapeutka, které ukazovaly pacientce lehké cviky, které by mohla zvládat i sama doma. Bohužel po většinu času měla pacientka silné bolesti a křeče v končetinách, kvůli kterým bylo velice obtížné cvičit.

Spánek, odpočinek

Nemocná spí denně mezi 5-6 hodinami přes noc, s tím, že se často probouzí také kvůli jejímu urgentnímu močení. Pacientka sama na sobě pozná, když je přetížená a hodně unavená a měla by si odpočinout. Často si sedá na pohovku pod deku s teplým čajem, luští křížovky, spí anebo se dívá na televizi. Každý den si chodí zdřímnout během dne, což jí pomůže nabrat další energii do dalších denních aktivit. Pokud se pacientce velmi přitíží, tak prospí většinu dne. Pacientka neužívá žádné prášky na spaní, ani v nemocnici si o ně nežádala.

Vnímání, poznávání

Když byla pacientka přijata k hospitalizaci, tak vůbec nemluvila. V jejím případě se však jednalo o velmi těžkou ataku, která postihla její schopnost řeči. V průběhu hospitalizace a po léčbě se to začalo lepšit a pacientka poté zase začala mluvit. Její řeč je plynulá, avšak má chraplavý hlas. Pacientka nemá problémy se sluchem, nosí brýle na čtení či na sledování televize. Někdy se u pacientky projeví zhoršená akomodace oka či úplné zamízení levého oka. Když se jí přitíží, má problém s udržením menších věcí v ruce (např.

hrnečku) či potíže s udržením příboru. Pacientka odpovídá srozumitelně a bez prodlevy, její věty dávají smysl. Bohužel má neustálé křeče a spasmy v dolních končetinách, takže žije v neustálé bolesti. Pacientka říká, že si na tu bolest již zvykla. Podle stupnice VAS, dosahují hodnoty čísla 3, pokud se jí udělá hůře, tato hodnota vystoupá až k horní hranici stupnice 8(9). Pokud se jí ale přitíží, tak mívá mnohem větší bolesti v dolních končetinách než normálně. Přidá se k tomu i brnění v horních končetinách, a tím pádem nemá nemocná v rukou cit. Celkově je pacientka slabší na levou stranu těla a má horší koordinaci v levých končetinách. Někdy se pacientka cítí slabá a při chůzi nejistá. Také se někdy pacientce motá hlava a musí se vždy něčeho zachytit.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacientka sama sebe označuje za „vlka samotáře“, který si musel v životě vždy poradit sám. Mnoho věcí se tedy snaží dělat sama, i když leckdy to jde proti jejímu zdravotnímu stavu a akorát jí to přitíží. Je velice posmutnělá kvůli tomu, že se s ní její vlastní děti moc nestýkají. Samozřejmě, že přemýšlí, co bude dál, zda bude ještě schopna ujít alespoň kousek. Chtěla by být k dispozici své vnučce, bohužel když se pacientce přitíží, jejich role se obrátí. Pacientka během života hodně zpomalila a nyní se soustředí na svoji vnitřní pohodu.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka nyní žije v panelovém přízemním bytě se svojí vnučkou. Dříve vedla malou hospůdku ve vesnici. Bohužel po nějaké době již nebyla schopná zvládat po zdravotní stránce dlouhé a namáhavé směny, takže přestala pracovat. Nyní je v invalidním důchodu. Pacientka sama vychovala dvě zdravé děti, ty mají již svoje rodiny. Mrzí ji, že se o ní více nezajímají, více s ní nekomunikují a více jí nenavštěvují. Pacientka má v pěstounské péči svojí třináctiletou vnučku, takže se za ni cítí být odpovědná. Na druhou stranu je velice ráda, že s ní doma někdo bydlí, protože když se jí přitíží, je jí vnučka vždy nablízku. Společnost moc nepreferuje, spíše je radši sama doma anebo tráví čas s vnučkou. Pacientka je velice rozzlobená a naštvaná na svého tehdejšího praktického lékaře, který u pacientky nerozeznal RS a tím pádem žila pacientka celý život v bolestech, přitom v ČR již byla dostupná léčba. Během hospitalizace si pacientka moc nepovídala, byla spíše uzavřená sama do sebe. Mrzelo jí, že ji nemohla navštívit její vnučka z důvodu pandemie covid.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka měla menses od 12 let, porodila dvě zdravé děti, neprodělala potrat, v 51 letech přišla menopauza.

Zvládání a tolerance zátěže/stresu

Pacientka nenavštěvuje žádného psychologa ani psychoterapii. Hodně stresu jí v životě přináší imperativní močení, které nemůže vůlí ovládnout. Stresové je tedy pro ni každé nové prostředí, ve kterém neví, kdy bude či nebude muset urychleně na toaletu. Po náročném dni například u lékaře, si nejraději sedne na pohovku a dá si bylinkový čaj. Pacientka se snaží soustředit nyní již na sebe.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka v Boha nevěří ani v jiná náboženství. Během života přehodnotila mnoho věcí a jsou pro ni důležité jiné věci než dříve. Věří sama v sebe a ve svoji sílu, se kterou si dokázala poradit během celého života. Velice je pro ni důležité, že má vnučku u sebe a má se tedy o ni kdo postarat, když jí není dobře. Pacientka nyní doufá, že dostane novou léčbu, o kterou má zažádáno. Za důležité také považuje každoroční pobyt u moře, který jí dodává sílu a pomáhá zlepšit její stav.

Jiné

Nic není uvedeno.

12.2.5 Plán ošetřovatelské péče

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 1

- Doména: 12. Chronická bolest
- Třída: 1. Tělesný komfort
- Diagnóza: Chronická bolest (00133)
- Související s: S chronickou bolestí v dolních končetinách
- Projevující se objektivně: Pacientka dělá grimasy v obličeji, když jí bolí končetiny více než je pro ni normální bolest.

- Projevující se subjektivně: Pacientka popisuje bolest a vyhodnocuje ji podle škály VAS. Pacientka má špatné spaní a usínání kvůli bolestem.
- Očekávané výsledky: Zmírnění bolesti do té míry, která by byla pro pacientku přijatelná. Aby alespoň pár hodin denně byla pacientka bez bolesti a mohla v noci nerušeně spát.
- Očekávané intervence: Podej medikaci proti bolesti dle lékaře. Ptej se pacientky na aktuální bolest. Udržuj pravidelný kontakt s pacientkou, přehodnocuj a kontroluj opakovaně pacientčinu bolest během dne i noci.
- Hodnocení: Pacientka po většinu dne pociťovala mírnou bolest. Její spánek byl delší a kvalitnější při podání medikace proti bolesti.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 2

- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 2. Aktivita/cvičení
- Diagnóza: Zhoršená chůze (00088)
- Související s: Nestabilitou pacientky při chůzi, s používáním kompenzačních pomůcek při chůzi
- Projevující se objektivně: Pacientka používá francouzskou holi při chůzi, občas se musí přidržet stěny či nábytku při chůzi.
- Projevující se subjektivně: Pacientka říká, že je při chůzi nejistá, občas se jí motá hlava.
- Očekávané výsledky: Pacientka bude chodit sama s kompenzačními pomůckami a bude si jistá na nohou. Bude znát rizika možného pádu a bude se chovat tak, aby k pádu nedošlo. Pokud se jí bude motat hlava, zůstane raději sedět a nebo se při chůzi posadí. Využije služeb fyzioterapeuta a cvičení, které napomohou k udržení stability, a tím ke zlepšení chůze.

- Očekávané intervence: Posud' stabilitu pacientčiny chůze a možnosti její samostatnosti při chůzi. Udržuj bezpečné prostředí pro snížení rizika pádu. Udržuj kontakt s fyzioterapeutem a aktivně se zajímej o cvičební režim pacientky.
- Hodnocení: Pacientka zná rizika pádu při chůzi. Používá vhodnou obuv a vždy francouzskou hůl. Spolupracuje s fyzioterapeutem a snaží se aktivně cvičit, když nemá silné bolesti.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 3

- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 3. Rovnováha energie
- Diagnóza: Únava (00093)
- Související s: Onemocněním, špatným a nekvalitním spánkem
- Projevující se objektivně: Pacientka i přes den pospává, nejčastěji po obědě.
- Projevující se subjektivně: Slovní vyjádření únavy a ospalosti.
- Očekávané výsledky: Pacientka bude nebude unavená přes den a bude mít dostatek energie na aktivity.
- Očekávané intervence: Zaměř se na možnosti zlepšení spánku. Pohovoř si s pacientkou a zhodnoť, které aktivity pacientku nejvíce vysilují. Navrhni pacientce vhodné aktivity, které budou v jejích silách a nebudou ji nadměrně vysilovat. Navrhni pacientce vhodný denní režim, který ji nebude nadměrně vysilovat.
- Hodnocení: Pacientka se snažila přes den odpočívat a nedělat pro ni nadměrně namáhavé aktivity. Pomocí medikace proti bolesti pacientka lépe spala, a tím měla více energie na denní aktivity.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 4

- Doména: 5. Percepce/kognice
- Třída: 5. Komunikace
- Diagnóza: Zhoršená verbální komunikace (00051)

- Související s: Onemocněním, se špatnou komunikací
- Projevující se objektivně: Pacientka obtížně mluví, některá slova nenalézá. Snaží se některá slova a věci alespoň popsat.
- Projevující se subjektivně: Pacientka se snaží, přesto nenalézá některá slova.
- Očekávané výsledky: Pacientka bude bez problémů a plynule mluvit.
- Očekávané intervence: Použij jinou metodu komunikace, jako je psaní na papír, místo verbální komunikace. Dej signalizační tlačítko na dosah pacienta. Dej na dosah pacienta všechny jeho potřebné věci. Pravidelně kontroluj pacienta, zda něco nepotřebuje.
- Hodnocení: Pacienta během hospitalizace začala opět mluvit. Nalézt některá slova měla stále problém, ale mluvila již plynule.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 5

- Doména: 3. Vylučování a výměna
- Třída: 1. Funkce močového systému
- Diagnóza: Urgentní inkontinence moči (00019)
- Související s: Onemocněním
- Projevující se objektivně: Pacientka se rychle snaží dostat na toaletu kvůli urgentnímu močení.
- Projevující se subjektivně: Pacientka cítí nutkání na močení náhle a ve velké intenzitě.
- Očekávané výsledky: Pacientka se bude moci v klidu a bez spěchu dostat na toaletu. Bude schopna udržet moč po delší dobu a v klidu se dostane na toaletu. Nebude se muset strachovat, že se na toaletu nestihne dostat a moč jí unikne.
- Očekávané intervence: Promluv si s pacientkou a zhodnoť, kdy je nutkání na urgentní močení největší. Podpoř emočně pacientku a zeptej se na její obavy. Zajisti

pacientce u lůžka toaletu. Zajisti, aby se pacientka mohla bez problému dostat na toaletu. Zjisti vhodné cviky na posílení pánevního dna a edukuj o nich pacientku.

- Hodnocení: Tím, že se pacientce přinesla toaleta přímo k lůžku, nemusela se na ni pacientka obtížně dostávat. Pacientka byla ujistěna, že únik moči není nic, za co by se měla stydět.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza č. 1

- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 2. Tělesné poškození
- Diagnóza: Riziko pádů (00155)
- Související s: Nejistou chůzí, motáním hlavy, používáním francouzské hole při chůzi
- Projevující se objektivně: Pacientka je při chůzi nejistá, chodí o francouzské holi, přidržuje se nábytku či chodí s doprovodným personálem.
- Projevující se subjektivně: Pacientka se cítí při chůzi nejistá, zhoršuje se to, když se jí motá hlava.
- Očekávané výsledky: Nedojde k pádu pacientky po dobu hospitalizace. Pacientka bude edukována o signalizačním zařízení a bude vědět, že v případě nejisté chůze si zavolá pomocí signalizačního zařízení doprovod.
- Očekávané intervence: Edukuj pacientku o signalizačním zařízení. Edukuj pacientku o rizicích pádu. Zajisti bezpečné okolí kolem pacientky, aby nedocházelo k pádům. Doprovázej pacientku, když někam půjde.
- Hodnocení: Pacientka zná rizika pádu a ví, jak jim předcházet. Pacientka používá signalizační zařízení. Pacientka používá francouzskou hůl při chůzi a je si s ní při chůzi jistější. Během hospitalizace nedošlo k pádu.

12.3 Prezentace a interpretace výsledků

Tato část bakalářské práce se zabývá analýzou a interpretací výsledků, které odpovídají na výzkumné otázky. Pomocí otevřeného kódování byly vytvořeny postupy, které zobrazí analyzované jevy a odpoví na prožívání mezi mužem (P1) a ženou (P2). K posouzení rozdílů a následných výsledků nám poslouží „Funkční vzorec zdraví“ dle Marjory Gordon při přijetí do nemocnice a při propuštění. V naší práci jsme shledaly odlišnosti i stejné prvky u obou participantů. Rozdílné jsou povahy obou participantů a tím také jejich přístup k nemoci. P1 má aktivní zájem o cvičení a je veselý, komunikativní, otevřený a radostný. P2 pociťuje bolest, trpí imperativním močením a má strach, že nebude schopna vykonávat svoji roli. Mezi stejné prožitky obou participantů patří rozladěnost z hospitalizace, zhoršená jemná motorika a hlavně únava. Pro větší přehlednost jsme vytvořily tabulku, která nám ukáže shody a rozdíly v prožívání roztroušené sklerózy u muže a ženy. V příloze přikládáme tabulku, kde je náš návrh, jak tuto problematiku řešit.

Tabulka č. 1: Prezentace a interpretace výsledků

	PROŽÍVÁNÍ RS- SPOLEČNÉ ZNAKY	PROŽÍVÁNÍ RS- ROZDÍLY	HODNOCENÍ PROŽÍVÁNÍ
FUNKČNÍ VZOREC ZDRAVÍ	Při přijetí		Při propuštění
Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví	Spasmy DK	Bolest Úprava životního stylu Přijetí nemoci Nepřijetí nemoci	Zmírnění bolesti
Výživa a metabolismus	Nadváha Menší porce jídla		Beze změny
Vylučování	Absorpční pomůcky	Imperativní močení	Beze změny
Aktivita, cvičení	Rehabilitace	Zájem o cvičení	Zlepšení
Spánek, odpočinek	Únava		Mírná náprava
Vnímání, poznávání	Neschopnost mluvit Horší jemná motorika	Vertigo	Náprava
Sebekoncepce, sebeúcta	Rozladění z hospitalizace	Veselý, komunika- tivní optimista Samotářská	Zlepšení
Plnění rolí, mezilidské vztahy		Strach z neschopnosti pl- nit svoji roli	Zlepšení
Sexualita, reprodukční schopnost	Subjektivně i objek- tivně nic		Beze změny
Zvládání a tolerance zá- těže/stresu	Soustředění se na sebe sama		Bez stresu
Víra, přesvědčení, život- ní hodnoty	Do jisté míry soběs- tačnost	Spolehlivost na sebe sama	Zlepšení Pocit soběstačnosti
Jiné	Není nic uvedeno.		

(Zdroj: Vlastní)

DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřily na ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou. Zpracovaly jsme dvě případové studie, jednu muže a druhou ženy, kteří mají stejné onemocnění, a to roztroušenou sklerózu. Dále jsme zpracovaly dva plány ošetrovatelské péče dle Marjory Gordon, a následně jsme je zhodnotily a interpretovaly v tabulce.

V praktické části jsme pomocí polostrukturovaného rozhovoru, zdravotnické dokumentace a hodnotících škál použily ošetrovatelský proces, který nám následně pomohl zodpovědět výzkumné otázky a splnit předem nastavené cíle. Kromě klasické knižní literatury jsme si vyhledaly pomocí klíčových slov ve vyhledávači Google Scholar jiné kvalifikační práce, ve kterých jsme našly shody i rozdíly s naší výzkumnou prací.

Hlavním cílem této práce je zorientovat se v odlišnostech prožívání roztroušené sklerózy mezi mužem a ženou.

Ke zodpovězení výzkumných otázek nám pomůže jako první anamnéza. P2 byla o 13 let starší než P1, přesto byla RS diagnostikována u P1 o 15 let dříve než u P2. U P1 byla genetická predispozice, jelikož jeho otec měl také RS. Důvodem hospitalizace byl stejný zdravotní problém, a to ztráta řeči. Jejich sociální anamnéza je rozdílná. P1 žije sám v domově s pečovatelskou službou, kdežto P2 bydlí v bytě se svou vnučkou. V čem se v sociální anamnéze shodují, je, že mají dvě děti. Na naši první výzkumnou otázku: „*Jak roztroušená skleróza ovlivnila zaměstnání muže a ženy?*“ odpovídá pracovní anamnéza. Oba naši participanti byli nuceni ze zdravotních důvodů opustit svoje zaměstnání, které vykonávali. Nyní jsou oba v invalidním důchodu. Mezi rozdílné prvky můžeme zařadit to, že P1 nepije alkohol a P2 pije příležitostně. Stejným prvkem je, že oba jsou nekuřáci, protože P2 před deseti lety přestala kouřit. Rozdílná jsou přidružená onemocnění, P1 má Cushingův syndrom a sekundární osteoporózu, kdežto P2 trpí vertigem.

Další částí naší práce je shromažďování objektivních i subjektivních údajů. Zde nalezneme odlišnosti, jakými jsou strie a pozůstatky po dekubitu u P1 a imperativní močení u P2. Dále P1 je bez bolesti, kdežto u P2 se projevuje chronická bolest. Společnými rysy jsou parestezie dolních končetin a kosterně svalový třes. P1 používá k přemísťování invalidní vozík, P2 používá k chůzi francouzskou hůl a jako další kompenzační pomůcku brýle.

I mezi použitými hodnotícími škálami najdeme odlišnosti. Jak již bylo zmíněno, P1 je bez bolesti, kdežto P2 trpí chronickou bolestí. Rozdílně vyšla i škála EDSS, kdy P1 dosáhl hodnoty 8 a P2 5,5. Dále vyšel rozdílně Barthelův test základních všedních činností, kdy u P1 dosáhl 40 bodů a u P2 hodnoty 50 bodů. Rozdílně vyšla i stupnice hodnocení psychického zdraví, u P1 byla dosažena hodnota 7, u P2 13. Rozdílně vyšel i Test instrumentálních všedních činností, kdy P1 dosáhl jen 40, P2 55 bodů. Stejně vyšly hodnotící škály GCS, Riziko pádů dle Conleyové, Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové a BMI.

Další částí byl průběh hospitalizace, kdy oba participanti byli shodně hospitalizováni kvůli ztrátě řeči. Při subjektivním získávání informací při hospitalizaci hrál hlavní roli rozhovor s participanty, kde se ukázaly jejich charakterové vlastnosti. Rozdílem v průběhu hospitalizace byly horečky, které měl P1 a bolesti, které prožívala P2. V průběhu hospitalizace i při rozhovoru byl znát rozdíl charakteru mezi P1 a P2. P1 byl v nemocnici veselý, optimistický a vstřícný. P2 byla spíše uzavřená, samotářská a chtěla mít v průběhu hospitalizace klid. Co bylo v prožívání stejné, byla rozladěnost z hospitalizace v nemocnici. Zde se rozchází naše práce s výzkumným šetřením E. Králové, která ve své práci tvrdí, že žena rozvíjela rozhovor a projevovala při něm velké množství emocí. Kdežto muž odpovídal úsečně a v krátkých větách.

Další částí, která nám poslouží ke zodpovězení výzkumných otázek, je „Funkční model zdraví“ dle Marjory Gordon. Také zde najdeme stejné i rozdílné prvky projevy onemocnění. Odpověď na naši další výzkumnou otázku: „*Jakým způsobem se změnila sociální role v rodině muže a ženy s RS?*“ najdeme v ošetřovatelském modelu dle Marjory Gordon. P1 byl ženatý a se svou manželkou měli dvě děti. Nyní bydlí P1 sám v DSP a s dětmi si pravidelně volá. Zaměstnání musel zanechat kvůli zdravotním problémům, které mu již nedovolily tuto práci vykonávat. Svých koníčků musel také zanechat. Změnil i kamarády, neboť s těmi z cyklistiky se přestal vídat a zároveň poznal jiné lidi, se kterými se stýká nyní. P2 dříve bydlela sama v bytě v panelovém domě, kde vychovávala sama své dvě děti. Nyní má P2 v pěstounské péči svoji vnučku, se kterou žije ve stejném bytě. P2 pracovala v malé hospůdce, avšak její zdravotní stav jí to nyní nedovoluje. Tím se tedy přestala stýkat s většinou lidí, se kterými vedla společenský život. Nyní jí dělá společnost většinou jen její vnučka. Dozvěděly jsme se, že P1 ani P2 nepřemýšleli nad tím, zda si pořídí děti či nikoli. Oba participanti měli jasno v tom, že děti chtějí, i přes obtíže, které měli. Oba participanti mají dvě děti a P2 dokonce už i vnučku. Tento názor není standardní, jelikož téměř každá žena se rozhoduje, zda s diagnózou RS mít děti, či nikoli. Zda mateřství a

těhotenství ovlivní její zdravotní stav a zda se bude schopna o dítě postarat. S těmito životními hodnotami a přesvědčeními nacházíme shodu s E. Královou, která se své práci uvádí, že její participantka touží po dítěti i přes nově diagnostikovanou RS.

Zde nalezneme i odpověď na další výzkumnou otázku: „*Jak onemocnění RS změnilo pohled na sebe a svůj život u muže a ženy?*“ Oba participanté se absolutně shodují v tom, že přehodnotili své priority a pohled svůj život. P1 se považuje za veselého a optimistického člověka i přes jeho nemoc, se kterou se smířil. Po diagnóze RS změnil své priority, začal se soustředit více na sebe a hlavně na svou rodinu. P2 se s nemocí ještě nesmířila, je uzavřená do sebe a se svými potížemi si vždy poradí sama. Získala tedy důvěru v sebe sama a jistotu, že si dokáže poradit i v nelehkých situacích a při zdravotních problémech. P2 zvolnila svůj život a snaží se soustředit na sebe. K tomu jí dopomáhá její vnučka, která jí je oporou i v těžkých chvílích. Zde se shoduje náš výzkum s výzkumem M. Fügnerové, která ve své práci uvádí, že každý zúčastněný jejího výzkumu přehodnotil svoji společenskou roli, osobní život i vlastní hodnoty.

Poslední částí, která nám pomůže zodpovědět výzkumné otázky, je plán ošetrovatelské péče. Zde jsme popsaly aktuální i potencionální diagnózy, které jsme následně vyhodnotily. Objevily jsme zde aktuální diagnózu Únava (00093), která se objevuje jak u P1, tak i u P2. Při rozhovoru se oba participanté absolutně shodli v tom, že únava je doprovází každý den, jak v nemocnici, tak mimo ni. Zde se náš výzkum shoduje s výzkumnou prací H. Krůtové, kdy i ona vyhodnotila ošetrovatelskou diagnózu Únava jako velice podstatnou, jelikož se únava bere většinou jako potíže, která zmizí a je jen dočasná. U pacientů s RS tomu tak není a únava se dostavuje i po každodenních činnostech v průběhu dne. Bohužel je únava neměřitelná, může jí trpět i velice mladý člověk s RS, kdy klame svým tělem a mládím, přitom jeho pocity a prožívání jsou naprosto rozdílné. Je tedy nutné přistupovat vždy ke každému pacientovi individuálně a brát v úvahu únavu i u velice mladých lidí s RS.

Na naši poslední výzkumnou otázku: „*Jaká je role sestry vzhledem k informovanosti pacientů s RS?*“ jsme našly odpověď po komplexním zhodnocení všech jednotlivých dílů praktické části. Z rozhovoru s P2 a z průběhu hospitalizace jsme mohly ozřejmit roli sestry. Participantům sdělili lékaři základní informace o onemocnění RS, při dalších pravidelných prohlídkách se však na detaily ohledně nemoci doptávali sester. I v průběhu hospitalizace se po vizitě participanté ujišťovali u sester na oddělení o dalším prů-

běhu hospitalizace a léčbě. Další úlohu má sestra v edukaci o vhodném životním stylu pacienta vzhledem k jeho onemocnění RS. V kvalitativní práci nelze zobecňovat, ale i jiní pacienti s RS, kteří byli hospitalizováni a se kterými jsme nedělaly hloubkové rozhovory, pociťovali každý den únavu, a to i po běžných každodenních aktivitách. I zde je nápomocná sestra, která navrhne pacientovi úpravu každodenního života vzhledem ke zmírnění jeho únavy během dne. Edukuje pacienta o důležitosti naplánovat si každodenní činnosti, aby předcházel únavě. Je vhodné naplánovat si vysilující aktivitu a po ní si dát čas na odpočinek či na spánek. K tomu může pomoci psát si deník a vypořizovat, která aktivita je nejnáročnější a po které je participant nejvíce unavený. Naopak participant může vypořizovat aktivitu, kterou nabije potřebnou energii k dalším každodenním aktivitám. Sestra má možnost také edukovat pacienta o relaxačních technikách, které pomáhají zmírňovat únavu. Tím se naše výzkumné šetření shoduje s výzkumným šetřením J. Kluskové, že sestra správným přístupem, edukací a komunikací dopomáhá k pozitivní možnosti ovlivnění léčby, a tím i k pozitivní náladě samotného pacienta.

Další rolí sestry je proniknout do pocitů pacienta. Čím lépe dokáže sestra pomocí svých vědomostí a znalostí rozpoznat pacientovo trápení, tím lépe dokáže pacientovi pomoci. Sestra má jedinečnou příležitost navázat hlubší vztah s pacientem, a tím proniknout do jeho pocitů. Je to člověk, který doprovází pacienta v průběhu hospitalizace a mnohdy je jedinou osobou, které se pacient může se svými pocity a trápeními svěřit. Proto by měla být sestra empatická a měla by být oporou pro pacienta i v nelehkých chvílích. Následně může sestra začít podnikat kroky, které povedou k nápravě jak fyzického tak psychického stavu nemocného.

LIMITY VÝZKUMU

Mezi limity výzkumu se dá zařadit kratší hospitalizace participantky a tím i menší důvěra z její strany a menší možnost sblížení se s participantkou. Mezi další limity výzkumu považuji minimální zmínky o únavě po každodenních všedních činnostech u pacientů s RS.

SEBEREFLEXE

Tento výzkum mne velice obohatil jak po teoretické stránce, tak i v náhledu do životů pacientů s RS. Měla jsem možnost proniknout do prožívání jednotlivců

s onemocněním RS a do jejich každodenních starostí. Tento výzkum mi pomohl pochopit specifika ošetrovatelské péče u nemocných s RS.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z analýzy a vyhodnocení výsledků jsme stanovily doporučení pro praxi, kterými jsou:

- Důležitost informovanosti sester o onemocnění RS
- Potřeba individuálního přístupu ke každému jedinci vzhledem k jedinečnému prožívání onemocnění RS každým jedincem
- Důležitost nabídnout kvalitní a relevantní informace i rodinám nemocných s RS
- Potřeba brát v úvahu únavu po běžných každodenních činnostech i u mladých lidí

ZÁVĚR

Důležitou část při hospitalizaci pacienta s RS hraje sestra, jelikož sestra je právě ten člen zdravotnického personálu, který má možnost navázat s pacientem hlubší kontakt, a tím vyzorovat, kdy pacienta opravdu něco trápí.

V teoretické části tato práce popisuje anatomii nervové soustavy, roztroušenou sklerózu, její diagnostiku a léčbu. Dále také ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové a edukace sestrou.

V praktické části jsme pomocí rozhovorů, lékařské a sesterské dokumentace a hodnotících škál vytvořily dvě kazuistiky a následně plán ošetrovatelské péče. Všechny tyto informace nám pomohly k zodpovězení našich předem stanovených výzkumných otázek a splnit předem stanovený hlavní cíl spolu s dílčími cíli. Zjistily jsme, že vzhledem k onemocnění museli oba participanti změnit svá povolání a změnili svůj pohled na život i sami na sebe. Nyní se snaží více odpočívat, relaxovat a vyhýbat se stresu. Tím se změnily i jejich sociální role, jelikož participanti začali více myslet sami na sebe, a tím i na svoje potřeby vzhledem k onemocnění. Rozdílně však participanti prožívají svá onemocnění, kdy muž je s nemocí srovnaný, je veselý a optimistický. Žena je naopak uzavřená do sebe a příliš se neraduje. K uvědomění si svých potřeb museli participanti dojít sami, avšak sestra mohla dopomoci s pochopením vzniklé situace a zodpovědět participantům jejich nastalé otázky. Dále sestra edukovala participanty o pomalejším a mírnějším způsobu života. Také participanty edukovala o možnostech, jak zmírnit každodenní únavu.

Jako výstup do praxe jsme vytvořily plán ošetrovatelské péče (příloha č. 5) a leták o únavě (příloha č. 4), jelikož únava u pacientů s RS jen tak nezmizí, je každodenní, všudypřítomná a sestra by jí měla brát na zřetel. Je však otázkou, jak často a jakou část dne pacienti pociťují únavu. Proto doufáme, že dopomůže pacientům ke zmírnění jejich každodenní únavy a zlepšení života s RS.

SEZNAM LITERATURY

1. CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. ISBN 978-80-87035-45-0.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie: Třetí, upravené a doplněné vydání*. 3. vydání. Praha: Grada, [2016]. 1272 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
3. Dobrá rada a kolektiv autorů. *Příručka pro pacienty s roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Solen, [2018]. Dobrá rada (Solen). ISBN 978-80-7471-223-4.
4. DOSTÁLOVÁ, Lucie, Ota GÁL, Alena HAGAROVÁ, et al. *Současné trendy v rehabilitaci pacientů s roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Solen, Medical education, [2016]. Meduca. ISBN 978-80-7471-172-5.
5. FIALA, Pavel a Jiří VALENTA. *Přehled anatomie centrálního nervového systému*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. 145 s. ISBN 978-80-246-4477-6.
6. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2693-2.
7. GURKOVÁ, Elena. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5627-0.
8. GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-156-8.
9. HERDMAN, Heather T. a Shigemi KAMITSURU. *NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0710-0. HORÁKOVÁ, Dana a kol. *Autoimunita nervového systému v kazuistikách*. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. 150 s. ISBN 978-80-204-4572-8.
11. JANÁČKOVÁ, Laura et al. *Chronická onemocnění léčba změni*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2017. 125 s. ISBN 978-80-204-4668-8.
12. JANÁČKOVÁ, Laura. *Ač máš eReSku, nepropadej stesku*. Praha: Mladá fronta a.s., 2019. 101 s. ISBN 978-80-204-5491-1.
13. KUBALA HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. Ilustroval Klára ZÁPOTOCKÁ, ilustroval Veronika BRATRYCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3154-7.
14. KUBALA HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-189-6.

15. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
16. OREL, Miroslav. *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5070-5.
17. PIŤHA, Jiří a kol. *Algoritmy diagnostiky a léčby roztroušené sklerózy*. Olomouc: Solen, s.r.o., [2013]. 34 s. ISBN 978-80-7471-031-5.
18. PIŤHA, Jiří, Jana VOJTÍŠKOVÁ a Norbert KRÁL. *Roztroušená skleróza: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2017]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-88-6.
19. ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
20. RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-681-5.
21. SEIDL, Zdeněk a Manuela VANĚČKOVÁ. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4546-6.
22. STEINEROVÁ, Anna a Martina KÖVÁRI. *Komplexní fyzioterapeutický pohled: pro pacienty s roztroušenou sklerózou*. Brno: Grifart, 2012. ISBN 978-80-905337-0-7.
23. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
24. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
25. VALIŠ, Martin a Zbyšek PAVELEK. *Roztroušená skleróza pro praxi*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-672-6.
26. VAŇKOVÁ, Milena. *Projekt kvalifikační práce: Kvalitativní výzkum (v ošetrovatelství): Praktická příručka pro nelékařské studijní programy na FZS ZČU v Plzni*. Plzeň, 2021.
26. VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

Online zdroje

1. FIGUEIREDO, Marta. Stem Cell Therapy NG-01 Shows Neuroprotective Effects in Trial. *Multiple sclerosis news today* [online]. 2022, 7.3.2022 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://multiplesclerosisnewstoday.com/news-posts/2022/03/07/ms-stem-cell-therapy-ng-01-shows-neuroprotective-effects-trial/>
2. HALÚSKOVÁ, Simona a VALIŠ, Martin. Roztroušená skleróza a těhotenství – léky první linie a eskalační léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 2019, 20(6), 455-459 [cit.

2022-01-18]. ISSN 1213-1814. Dostupné z:
<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2019/06/10.pdf>

3. MELUZÍNOVÁ, Eva a LIBERTÍNOVÁ, Jana. Léčba interferony- β během gravidity a laktace. *Neurologie pro praxi* [online]. 2020, 21(4), 289-290 [cit. 2022-01-18]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2020/04/07.pdf>
4. *Multiple sclerosis trust: Relaxation* [online]. 2020 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z:
<https://mstrust.org.uk/a-z/relaxation>
5. Sestry v akci. *Sestravakci* [online]. 2018 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z:
<http://www.sestravakci.eu/>
6. VALOUCHOVÁ, Lucie. Kurtzkého stupnice EDSS. In: *eReS Newsletter* [online]. 1. Kladno: eReS Tým ČR, 2018, s. 6 [cit. 2022-02-07]. Dostupné z:
https://www.erestymcr.cz/domains/erestymcr.cz/www/upload/editor/files/Newsletter_1_2018.pdf
7. VÁGNEROVÁ, Hanka. Roztroušená skleróza - léčba konopím. *Nfimpuls* [online]. Praha, 2020, 1.3.2020 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z:
<http://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/rady-pacientum/189-roztrousena-skleroza-a-konopi>

Použité akademické práce

1. FÜGNEROVÁ, Michaela. *Kvalita života osob s roztroušenou sklerózou*. Hradec Králové, 2018. Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
2. KLUSKOVÁ, Jana. *Vliv edukace na adherenci k léčbě u pacientů s roztroušenou sklerózou*. Plzeň, 2019. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce MUDr. Marek Peterka.
3. KRÁLOVÁ, Eliška. *Ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou*. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Posseltová.
4. KRŮTOVÁ, Hana. *Ošetrovatelská péče u pacienta s roztroušenou sklerózou*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Bohumila Hajšmanová.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumem
- Příloha č. 2: Souhlas participanta s výzkumem
- Příloha č. 3: Otázky pro participanty
- Příloha č. 4: Rešerše
- Příloha č. 5: Plán ošetrovatelské péče
- Příloha č. 6: Leták
- Příloha č. 7: Glasgow Coma Scale, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 8: Hodnocení EDSS, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 9: Škála VAS, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 10: Barthelův test základních všedních činností, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 11: Riziko pádu pacienta/klienta, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 12: Hodnocení rizika vzniku dekubitů, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 13: Stupnice hodnocení psychického zdraví, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 14: Test instrumentálních všedních činností, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 15: Index tělesné hmotnosti, Kazuistika č. 1
- Příloha č. 16: Glasgow Coma Scale, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 17: Hodnocení EDSS, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 18: Škála VAS, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 19: Barthelův test základních všedních činností, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 20: Riziko pádu pacienta/klienta, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 21: Hodnocení rizika vzniku dekubitů, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 22: Stupnice hodnocení psychického zdraví, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 23: Test instrumentálních všedních činností, Kazuistika č. 2
- Příloha č. 24: Index tělesné hmotnosti, Kazuistika č. 2

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumem



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 59 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Zuzana Gutvaldová
Studentka oboru Všeobecné ošetrovatelství
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** dotazníkové šetření s pacienty *Neurologické kliniky (NERV) FN Plzeň* a sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech tamtéž. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u nemocného 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 provedete.
- 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 **do držení 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 / dotazníkové šetření budete provádět v době své, školou schválené odborné praxe a pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Lucie Posseřtová, Mgr., vrchní sestra NERV FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů či z rozhovorů s pacienty, 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 respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s dotazováním nevyhovovali souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast respondentů či zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluš 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

5. 8. 2021

Příloha č. 2: Souhlas účastníka s výzkumem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou

STUDENT

Zuzana Gutvaldová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
gutvaldz@students.zcu.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Lucie Posseltová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
posseltoval@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zorientovat se v odlišnostech prožívání roztroušené sklerózy mezi mužem a ženou.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

(Zdroj: ZČU v Plzni, Fakulta zdravotnických studií)

Příloha č. 3: Otázky pro účastníky

Otázky pro účastníky

1. V kolika letech a za jakých okolností se u Vás roztroušená skleróza se poprvé projevila?
2. Kdo ze zdravotnického personálu Vám podal dostatečné informace o nemoci?
3. Co to pro Vás znamenalo? Jak jste se cítil? Bylo potřeba u Vás doma provést nějaké úpravy v bytě?
4. Jak tuto zprávu přijala Vaše rodina/děti a Vaše okolí/kamarádi?
5. Ovlivnila tato nemoc Vaše povolání? Pokud ano, jakým způsobem?
6. Jaké byly Vaše zájmy a koníčky? Změnil jste je po diagnóze?
7. Jak probíhá Vaše nemoc nyní? Máte obavy z případné ataky?
8. Proběhla u Vás další ataka od té první? Jak často míváte ataky?
9. Změnil se Váš pohled na sebe v souvislosti s roztroušenou sklerózou?
10. Jste členem nějaké z pacientských organizací? Navštěvujete jejich akce?
11. Jste spokojen s informacemi, které jste se dozvěděl od ošetřujícího personálu?
12. Co by pro Vás mohl personál udělat navíc?

(Zdroj: Vlastní)

Příloha č. 4: Rešerše



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 1/2021
Počet záznamů: 30

Roztroušená skleróza mozkomíšní
(ošetřovatelská péče; podpůrné skupiny;
Roska – patientská oeganzace atp.)

Vypracoval/a: Linda Hajžmanová
leden 2021

ÚVOD

Rešerše je rozdělena na Knihy a Články. V případě, že je dokument online, obsahuje záznam odkaz na plný text. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit, a/nebo údaje o elektronické dostupnosti. V elektronické podobě rešerše obsahují podtržené texty odkazy do katalogů knihoven, zejména SVK PK.

Časové vymezení: 2012-dosud

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, němčina

Použité informační zdroje:

Bibliographia medica Českoslovacca [online databáze]. Praha: Národní lékařská knihovna [vid. 2021-01-06]. Databáze v systému DaWinci-Medvik. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc>.

Dokumenty SVK PK [online databáze]. Plzeň: Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, 2000- [vid. 2021-01-06]. Databáze v systému Aleph500. Dostupné z: <https://aleph.svkpk.cz>.

EBSCOhost [online databáze]. Ipswich (MA): Ebsco Information Services [vid. 2021-01-06]. Dostupné v licenci z: <https://bit.ly/2I77OQH>.

Knihovny.cz [online databáze]. Brno: Moravská zemská knihovna, 2015- [vid. 2021-01-06]. Dostupné z: <https://knihovny.cz>.

ProQuest Central [online databáze]. Ann Arbor (MI): ProQuest [vid. 2021-01-06]. Dostupné v licenci z: <https://search.proquest.com/?accountid=45047>.

SKC – Souborný katalog České republiky (CASLIN) [online databáze]. Praha: Národní knihovna České republiky [vid. 2021-01-06]. Databáze v systému Aleph500. Dostupné z: https://aleph.nkp.cz/F/?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC.

Internet

Poznámky:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ČSN ISO 690 (Bibliografická citace).

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Od 24.11.2020 kdy vláda ČR umožnila knihovnám provozovat tzv. výdejní okénko, proto můžete objednávat z domova prostřednictvím svého čtenářského konta i fond volného výběru, oddělení zahraničních knihoven a hudebního kabinetu. Všechny požadavky pak budeme moci vyzvednout v hlavní budově knihovny ve Smetanových sadech 2 v době po-pá 8-19 hodin nejpozději následující pracovní den. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci. Dokumenty z jiných knihoven zajišťuje meziknihovní výpůjční služba na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK; dokumenty je možné objednat přes online [formulář](#), e-mailová adresa: mvs@svkpk.cz. Tyto služby jsou zpoplatněny.

Casopisy a noviny jsou určeny k prezenčnímu studiu (poslední dva kalendářní roky jen v čitelném časopisů, starší vázané ve studovnách SVK PK). U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem). Časopisy z r. 2018 mohou být v průběhu roku 2020 v SVK PK nedostupné z důvodu vazby.

V době uzavření čitelných časopisů z důvodů celorepublikových opatření souvisejících s šířením koronaviru je možné požádat o pořízení papírových kopií článků a jejich zaslání poštou. V tomto případě bude k ceně kopií (čb. A4 á 3,-/str.) připočteno ještě poštovné dle ceníku České pošty.

Zkratky použité v rešerši:

SVK PK = Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje
MVS = meziknihovní služby

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k opatřením souvisejícím s koronavirem se může dostupnost dokumentů lišit od informací uvedených v této rešerši – o aktuálních možnostech objednávání dokumentů a přístupnosti volného výběru a studoven se informujte na webu svkpk.cz nebo kontaktujte speciální studovnu (specialni.studovna@svkpk.cz, 377306930).

KNIHY

(řazeno abecedně)

1. AMPAPA, Radek a kol. *Case reports multiple sclerosis*. Praha: We Make Media, 2018. 42 s. ISBN 978-80-87339-40-4.
Sig. SVK PK: [392A48938](#)
2. FIEDLER, Jiří a kol. *Mezioborová péče o pacienty s roztroušenou sklerózou: jak správně pečovat o pacienta s roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Solen, [2015]. 66 s. ISBN 978-80-7471-119-0.
Sig. SVK PK: [391A66813](#)
3. HORÁKOVÁ, Dana a kol. *Autoimunity nervového systému v kazuistikách*. Praha: Mladá fronta, 2017. 150 s. ISBN 978-80-204-4572-8.
Sig. SVK PK: [31B81608](#) umístění ve volném výběru – 616.8
4. HORÁKOVÁ, Dana a kol. *Symptomy u roztroušené sklerózy a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen, Medical education, 2016. 62 s. ISBN 978-80-7471-171-8.
Sig. SVK PK: [391A72025](#)
5. JANÁČKOVÁ, Laura. *Ač máš eReSku, nepropadej stesku*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2017. 125 s. ISBN 978-80-204-4668-8.
Sig. SVK PK: [31B84534](#) umístění ve volném výběru – 615.8
6. JANÁČKOVÁ, Laura et al. *Chronická onemocnění léčba změny*. Praha: Mladá fronta a.s., 2019. 101 s. ISBN 978-80-204-5491-1.
Sig. SVK PK: [31B93412](#) umístění ve volném výběru – 616
7. KLÍMOVÁ, Eleonóra. *Závažné infekce komplikující léčbu sclerosis multiplex*. Olomouc: Solen, Medical education, 2020. 9 s. ISBN 978-80-7471-301-9.
Sig. SVK PK: [392A49111](#)
8. KUBALA HAVRDOVÁ, Eva a kol. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta, 2013. 485 s. ISBN 978-80-204-3154-7.
Sig. SVK PK: [31B58144](#)
9. KUBALA HAVRDOVÁ, Eva et al. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, [2015], 161 s. ISBN 978-80-7492-189-6.
Sig. SVK PK: [31B67365](#)
10. PAVELKA, Karel et al. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, 2014. xvi, 363 s. ISBN 978-80-247-5048-4.
Sig. SVK PK: [32A16760](#)

11. PIŤHA, Jiří a kol. *Adherence v léčbě roztroušené sklerózy*. Olomouc: Solen, Medical education, 2015. 62 s. ISBN 978-80-7471-114-5.
Sig. SVK PK: [391A66560](#)
12. PIŤHA, Jiří a kol. *Algoritmy diagnostiky a léčby roztroušené sklerózy*. Olomouc: Solen, s.r.o., [2013]. 34 s. ISBN 978-80-7471-031-5.
Sig. SVK PK: [392A46543](#)
13. PIŤHA, Jiří, VOJTÍŠKOVÁ, Jana a KRÁL, Norbert. *Roztroušená skleróza: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2017]. 9 s. ISBN 978-80-86998-88-6.
Sig. SVK PK: [392A46624](#)
14. *Příručka pro pacienty s roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Solen, s.r.o., [2018]. 45 s. ISBN 978-80-7471-223-4.
Sig. SVK PK: [391A70691](#) umístění ve volném výběru – 616.8
15. STEINEROVÁ, Anna a KŮVÁRI, Martina. *Komplexní fyzioterapeutický pohled: pro pacienty s roztroušenou sklerózou*. Vyd. 1. Brno: Grifart, 2012. 139 s. ISBN 978-80-905337-0-7.
Sig. SVK PK: [31B54953](#) umístění ve volném výběru – 615.82
16. VALIŠ, Martin a kol. *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxdorf, [2018], 188 s. ISBN 978-80-7345-573-6.
Sig. SVK PK: [31B85913](#)
17. VANĚČKOVÁ, Manuela a SEIDL, Zdeněk. *Roztroušená skleróza a onemocnění bílé hmoty v MR zobrazení*. Praha: Mladá fronta, 2018. 286 s. ISBN 978-80-204-4687-9.
Sig. SVK PK: [31B86040](#) umístění ve volném výběru – 616.8
18. ZAFAROVÁ, Zuzana, ed. *Alemtuzumab a teriflunomid – nové molekuly v léčbě roztroušené sklerózy na českém trhu: zpráva ze symposia společnosti Genzyme, které se konalo dne 21. listopadu 2014 v rámci 28. českého a slovenského neurologického sjezdu v Ostravě*. Praha: AT Mediprint, [2015?]. 8 s. ISBN 978-80-88044-04-8.
Sig. SVK PK: [392A45647](#)

ČLÁNKY, STATI

(řazeno abecedně)

19. *Aktivní život s roztroušenou sklerózou* [online]. Meditorial, 2018 [vid. 2021-01-06]. ISSN 2533-655X. Dostupné z: <https://www.ereska-aktivne.cz/>
20. CLARKE, William. What Nurses Know... Multiple Sclerosis. *Momentum (19403410)* [online]. 2012, vol. 5, iss. 3, s. 40-40 [vid. 2021-01-05]. ISSN 1940-3410. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=108119597&scope=site>
21. ELIAŠOVÁ, Anna, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila, HUDÁKOVÁ, Anna a KAŠČÁKOVÁ, Mária. Svojpomocná skupina a kvalita života pacientov so sklerózou multiplex - pilotná štúdia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, roč. 6, č. 4, s. 336-342 [vid. 2020-12-07]. ISSN 2336-3517. DOI 10.15452/CEJNM.2015.06.0025. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2015/04/04.pdf>
22. NIELSEN, Jörn, SCHNELL, Ruth, MARKETT, Sebastian, SALIGER, Jochen, ARLING, Viktoria a KARBE, Hans. Welche Bedeutung haben „nicht-sichtbare MS-Symptome“ (Fatigue, kognitive Dysfunktion, Depression) für die berufliche Leistungsbeurteilung von Multiple-Sklerose-Erkrankten 2 Jahre nach der stationären Primärevaluation? *Zeitschrift für Neuropsychologie* [online]. 2020, vol. 31, iss. 1, s. 11-25 [vid. 2021-01-06]. ISSN 1664-2902. ISSN 1016-264X. DOI 10.1024/1016-264X/a000280. Dostupné z: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=141822848&authtype=ip_shib&custid=s4224952
23. PERLÍKOVÁ, Pavlína. Představujeme patientské organizace: Unie ROSKA. *Zdravotnictví a medicína*. 2019, č. 7-8, s. 38-39. ISSN 2336-2987.
Dostupné v čítárně SVK PK bez předchozího objednání, pouze na vyžádání
24. PIŤHA, Jiří a PRYMULA, Roman. Jaká rizika přináší očkování u pacientů s roztroušenou sklerózou? Mýty a realita. *Neurologie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 4, s. 188-192. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/04/07.pdf>
nebo také sig. SVK PK: [36A2444/2013](#)
25. *Unie Roska* [online]. Praha: Unie Roska – Česká MS společnost, 2021 [vid. 2021-01-05]. Dostupné z: <https://www.roska.eu/>
26. SMS – Sdružení mladých sklerotiků [online]. Občanské sdružení SMS, 2015 [vid. 2021-01-06]. Dostupné z: <http://www.mladisklerotici.cz>

27. ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, JAVŮRKOVÁ, Alena a RAUDENSKÁ, Jaroslava.
Výskyt deprese u roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi*. 2018, roč. 19, č. 2, s. 114-122. ISSN 1803-5280. ISSN 1213-1814. Dostupné také z:
<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/02/09.pdf>
nebo také sig. SVK PK: 36A2444/2018
28. ŠTRBOVÁ, Pavlína, DOSTÁLOVÁ, Eleonora a MIKŠOVÁ, Zdeňka.
Compliance pacientů léčených interferony pro sclerosis multiplex. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2013, roč. 27, č. 27, č. 3-4, s. 106-109.
ISSN 1803-5353. ISSN 1212-7973. Dostupné také z:
<https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2013/03/03.pdf>
nebo také sig. SVK PK: 36A1924/2013
29. ZELENÍKOVÁ, Renáta, BUŽGOVÁ, Radka, KOZÁKOVÁ, Radka a SIKOROVÁ, Lucie.
Nástroje hodnotící kvalitu života a potřeby pacientů s roztroušenou sklerózou: využití v rehabilitaci. *Rehabilitácia*. 2018, roč. 55, č. 3, s. 151-163. ISSN 0375-0922. Dostupné také z:
<https://www.rehabilitacia.sk/archiv/cisla/3REH2018-m.pdf>
nebo sig. SVK PK: 35A104/2018
30. ZOPP, Inga. Nursing In Multiple Sclerosis. *Neurologijos Seminarai* [online]. 2018, vol. 22, iss. 3, s. 268-268 [vid. 2021-01-05]. ISSN 2424-5917. ISSN 1392-3064. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&authtype=ip.shib&custid=s4224952>

Příl. č. 1 – další doporučená literatura

KNIHY

Aktuální pohled na rozhodování o léčbě roztroušené sklerózy. Olomouc: Solen, Medical education, [2017]. 29 s. ISBN 978-80-7471-210-4.

Sig. SVK PK: [392A48945](#)

Novinky v léčbě roztroušené sklerózy: zaznělo na Sympoziu praktické neurologie v Brně 2.-3.6. 2016. Olomouc: Solen, Medical education, 2016. 10 s. ISBN 978-80-7471-155-8.

Sig. SVK PK: [392A48944/2016](#)

ČLÁNKY

CHRASTINA, Jan, Kateřina IVANOVÁ a Šárka JEŽORSKÁ. Kvalitativní výzkum limitů životního stylu jedinců s roztroušenou sklerózou. In: *Profesionalita v ošetrovatelství*. 2012, s. 16-17. ISBN 978-80-244-3291-5. Dostupné z: http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/2012-2013/031.pdf

Sig. SVK PK:

OLIŠAROVÁ, Věra a Jiří KAAS. Možnosti využití modelu Oremové a Roperové u pacientů s roztroušenou sklerózou. In: TÓTHOVÁ, Valérie a OLIŠAROVÁ, Věra, eds. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice 2017, s. 83-109. ISBN 978-80-7422-630-4.

Sig. SVK PK: [31B88427](#) 616-083

SUCHÝ, David. Roztroušená skleróza a ostatní autoimunity. *Multiple sclerosis news*. 2017, roč. 3, č. 1, s. 20-21. ISSN 2694-7285. ISSN 2464-5389.

Sig. SVK PK: [36A4334](#)/2017

Příloha č. 5: Plán ošetrovatelské péče

Tabulka č.2: Plán ošetrovatelské péče

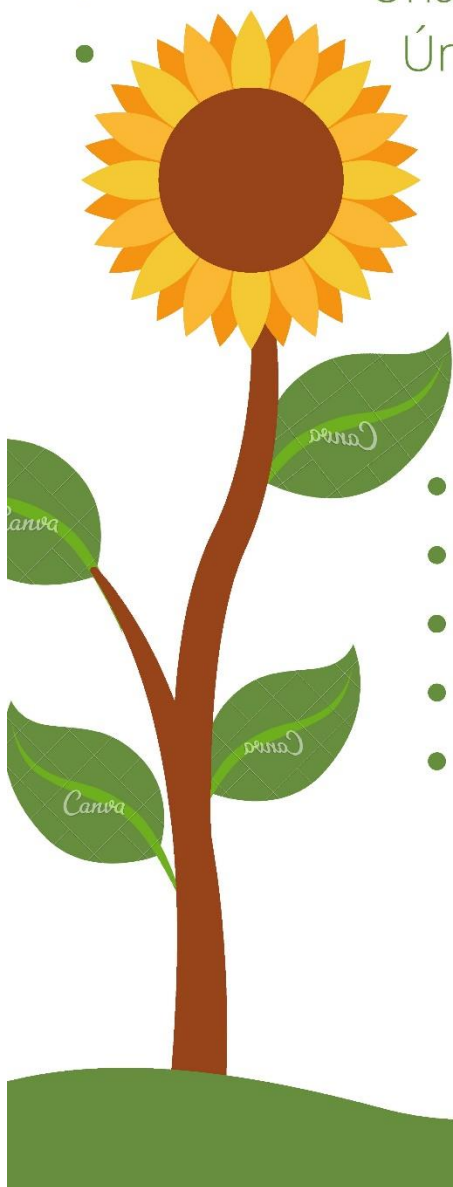
Datum/sestra	Ošetrovatelská Dg.	Očekávané výsledky	Intervence	Datum dosažení cíle/sestra	Hodnocení
	1. Zhoršená verbální komunikace z důvodu: afázie, dysartrie	Zlepší se nebo napraví stav, P bude opět mluvit, bude schopen popsat a vyjádřit své potřeby	<ol style="list-style-type: none"> 1. Použij alternativní způsob komunikace 2. Mluv srozumitelně a pomaleji 3. Kontaktuj logopeda k dopomoci zlepšení řeči 4. Dej prostor k vyjádření potřeb pacienta 		
	2. Únava z důvodu: každodenních běžných činností	P se bude cítit odpočatější, P bude vědět, kdy si má odpočinout, P bude znát relaxační techniky a vědět, jak je použít	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukuj pacienta o možné každodenní únavě a pozoruj jeho projevy 2. Edukuj pacienta o relaxačních technikách a důležitosti odpočinku 3. Edukuj pacienta o únavovém deníku a rozložení aktivit v průběhu dne 4. Dopřej pacientovi dostatek prostoru na odpočinek během dne 5. Ber v úvahu únavu u P po každodenních činnostech 		
	3. Chronická bolest z důvodu: spasmů DK, kontraktur DK, onemocnění RS	P bude bez bolesti nebo bude pociťovat jen mírnou bolest, bude v noci moci nerušeně spát	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ptej se na aktuální bolest 2. Podej medikaci dle ordinace lékaře 3. Pravidelně kontroluj P a přehodnocuj jeho bolest 4. Věř P jeho bolest a zhodnoť ji s ním pomocí měřitelných škál 		
	4. Urgentní inkontinence moči z důvodu: onemocnění RS	P bude mít v dosahu toaletu, bude používat pomůcky k inkontinenci	<ol style="list-style-type: none"> 1. Navrhni vhodné pomůcky při úniku moči 2. Dej P k lůžku přenosnou toaletu 3. Spolu s fyzioterapeutem doporuč posilující cviky pánevního dna 4. Sleduj a zhodnoť bilanci tekutin, tu poté zapiš do dokumentace 		
	5. Zhoršená chůze z důvodu: bolesti DK, spasmů DK kontraktur DK, vertigo	P bude používat kompenzační pomůcky při chůzi, bude používat vhodnou obuv, bude stabilní při chůzi, využije vhodných cviků k posílení stability nohou, nedojde k pádu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zajiš fyzioterapeuta a vhodné cviky na posílení DK 2. Doporuč vhodnou obuv 3. Pouč o důležitosti používání kompenzačních pomůcek při chůzi 4. Pouč o riziku pádu, o důležitosti odpočinku při nestabilitě nohou a poruše rovnováhy 		

Datum/sestra	Ošetřovatelská Dg.	Očekávané výsledky	Intervence	Datum dosažení cíle/sestra	Hodnocení
	6. Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu: imobility, paraparézy DK, onemocnění RS	P se bude schopen pohnout na lůžku, bude schopen si podat věci ze stolku a bude schopen se sám otočit na lůžku	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zajisti fyzioterapeuta a edukuj o důležitosti procvičování končetin 2. Pravidelně polohuj P 3. Dopomáhej P při pohybu na lůžku 4. Edukuj P o používání signalizačního zařízení a možnosti přivolat sestru 5. Motivuj P k samostatnosti a jeho samostatnému pohybu na lůžku 		
	7. Riziko pádu z důvodu: vertiga, používání kompenzačních pomůcek při chůzi, nestabilita DK	Nedojde k pádu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doporuč vhodnou obuv 2. Pouč o nepřeceňování sil a o možnosti říci si o pomoc 3. Doporuč vhodné kompenzační pomůcky a jejich používání 4. Doprovázej P při chůzi 		
	8. Riziko dekubitu z důvodu: imobility, zhoršené tělesné pohyblivosti	Nedojde ke vzniku dekubitu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pravidelně polohuj P a zajisti vhodné antidekubitní pomůcky 2. Pozorně sleduj kůži a predilekční místa P 3. Udržuj v čistotě ložní prádlo 4. Edukuj P o nepříjemných pocitech při delším ležení na jednom místě 		
	9. Riziko syndromu nepoužívání [muskuloskeletálního systému] z důvodu: paraparézy DK	P bude pravidelně cvičit, a tím nedojde k nepoužívání muskuloskeletálního systému	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zajisti fyzioterapeuta a pouč P o důležitosti cvičení i mimo nemocnici 2. Dopomož P na lůžku a ukaž mu možnosti, jak se pohybovat na lůžku pomocí pomůcek, které jsou kolem lůžka 3. Dopomáhej P při otáčení se na lůžku 4. Motivuj P při pravidelném cvičení 5. Edukuj P o signalizačním zařízení u lůžka 		

(Zdroj: Vlastní)

Únava a roztroušená skleróza

- Únava se dostavuje u nemocných s RS po běžných každodenních činnostech
- Únava je všudypřítomná
- Únava je neměřitelná



Jak snížit únavu?

- Připustit si, že jsem unavený
- Dopřát si odpočinek během dne
- Naplánovat si denní aktivity
- Vést únavový deník
- Využít relaxačních technik

Příloha č. 7: Glasgow Coma Scale, Kazustika č. 1

Glasgow Coma Scale

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět	5
	Normální flexe na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neadekvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
CELKEM (maximum)		15

Hodnocení

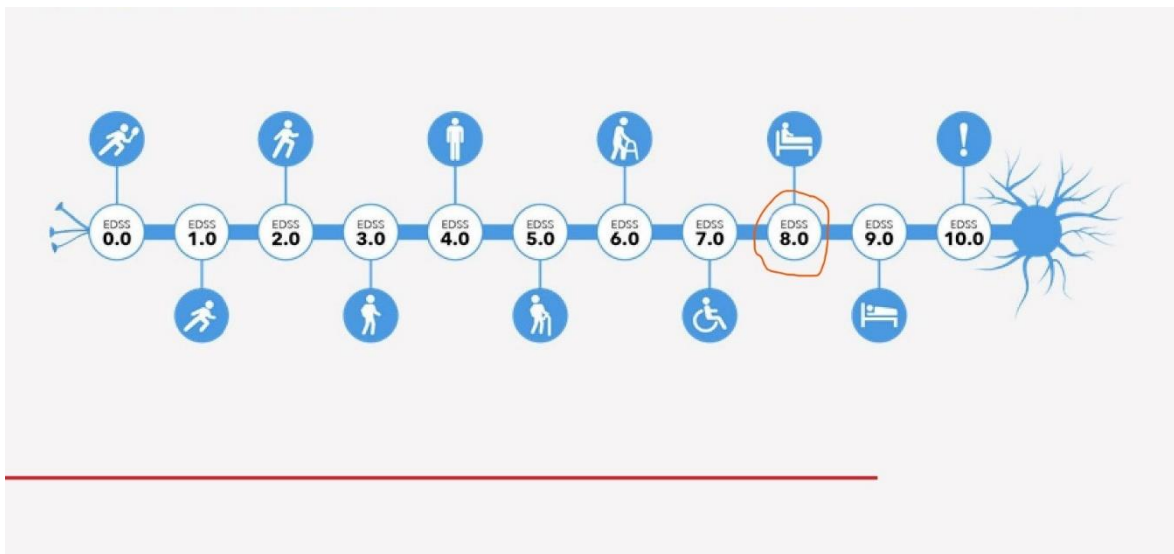
Plné vědomí: 15 bodů

Lehká porucha vědomí 13 až 14 bodů

Střední porucha vědomí 9 až 12 bodů

Závažná porucha vědomí 3 až 8 bodů

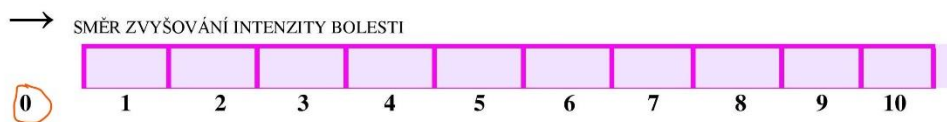
Příloha č. 8: Hodnocení EDSS, Kazuistika č. 1



(Zdroj: Valouchová, 2018, s. 2)

Příloha č. 9: Škála VAS, Kazuistika č. 1

Numerická



(Zdroj: Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012, s. 40)

Příloha č. 10: Barthelův test základních všedních činností, Kazuistika č. 1

Barthelův test základních všedních činností

ADL - activity daily living

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha č. 11: Riziko pádu pacienta/klienta, Kazuistika č. 1

Riziko pádu pacienta/klienta Podle Conleyové, upraveno Juráskovou 2006

Rizikové faktory pro vznik pádu		Body
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3
	Věk 65 let a více	2
	Pád v anamnéze	1
	Pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo Překladu na lůžkové oddělení	1
	Zrakový/sluchový problém	1
	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, Psychotropní látky, hypnotika, antidepressiva, Antihypertensiva, laxantia)	1
Vyšetření		
Soběstačnost	Úplná	0
	Částečná	2
	Nesoběstačnost	3
Schopnost spolupráce	Spolupracující	0
	Částečně spolupracující	1
	Nespolupracující	2
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných, nebo ošetřujícího personálu)	Míváte někdy závratě?	3
	Máte v noci nucení na močení?	1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1
Celkem		
0 – 4 body* bez rizika	5 – 13 bodů* střední riziko	14 – 19 bodů* vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Příloha č. 12: Hodnocení rizika vzniku dekubitů, Kazuistika č. 1

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Northonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	0 - 29	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodi	4
Malá	3	11 - 30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom Kachexie Obezita Onemocnění cév a jiné	Podle závažnosti onemocnění 3 - 1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31 - 60	2	Vlhká	2			Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	Nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů. Čím méně bodů, tím vyšší riziko.

21

Příloha č. 13: Stupnice hodnocení psychického zdraví, Kazuistika č. 1

Stupnice hodnocení psychického zdraví

Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993

Položky		Odpověď	
1.	Cítíte se většinu času dobře?	Ano	Ne
2.	Máte často obavy o své zdraví?	Ano	Ne
3.	Trpíte často bolestmi hlavy?	Ano	Ne
4.	Měl/a jste v poslední době závratě?	Ano	Ne
5.	Často se Vám třesou ruce při práci?	Ano	Ne
6.	Míváte záškuby ve svalech?	Ano	Ne
7.	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	Ano	Ne
8.	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	Ano	Ne
9.	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	Ano	Ne
10.	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	Ano	Ne
11.	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	Ano	Ne
12.	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	Ano	Ne
13.	Často Vás něco trápí?	Ano	Ne
14.	Jste často plný elánu či energie?	Ano	Ne
15.	Cítíte se často neužitečný?	Ano	Ne
Součet			

Hodnocení

4

1 bod za odpověď „ano“ u otázek		2	3	4	5	6	8	10		13	15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek	1					7	9		11	12	14
Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví											

Příloha č. 14: Test instrumentálních všedních činností, Kazuistika č. 1

Test instrumentálních všedních činností

Podle Lawsona a Bodyho
(IADL-Instrumental Activity Daily Living)

Činnost	Hodnocení	Body
1. Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
2. Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby	5
	Speciálně upravený vůz	0
3. Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
4. Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo ohřeje	5
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. Domácí práce	Udrží domácnost s výjimkou těžkých prací, provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se v domácnosti prací neúčastní	0
6. Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být podány druhou osobou	0
8. Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Hodnocení	Závislý	0 - 40 bodů
	Částečně závislý	41 - 75 bodů
	Nezávislý	76 - 80 bodů

Příloha č. 15: Index tělesné hmotnosti, Kazuistika č. 1

Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 - 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 - 29,9	Nadváha	< 26,9 lehce zvýšená
		> 27,0 zvýšená
30,0 - 34,9	Obezita – I. stupeň	Středně vysoká
35,0 - 39,9	Obezita – II. stupeň	Vysoká
> 40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Příloha č. 16: Glasgow Coma Scale, Kazuistika č. 2

Glasgow Coma Scale

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět	5
	Normální flexe na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neadekvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
CELKEM (maximum)		15

Hodnocení

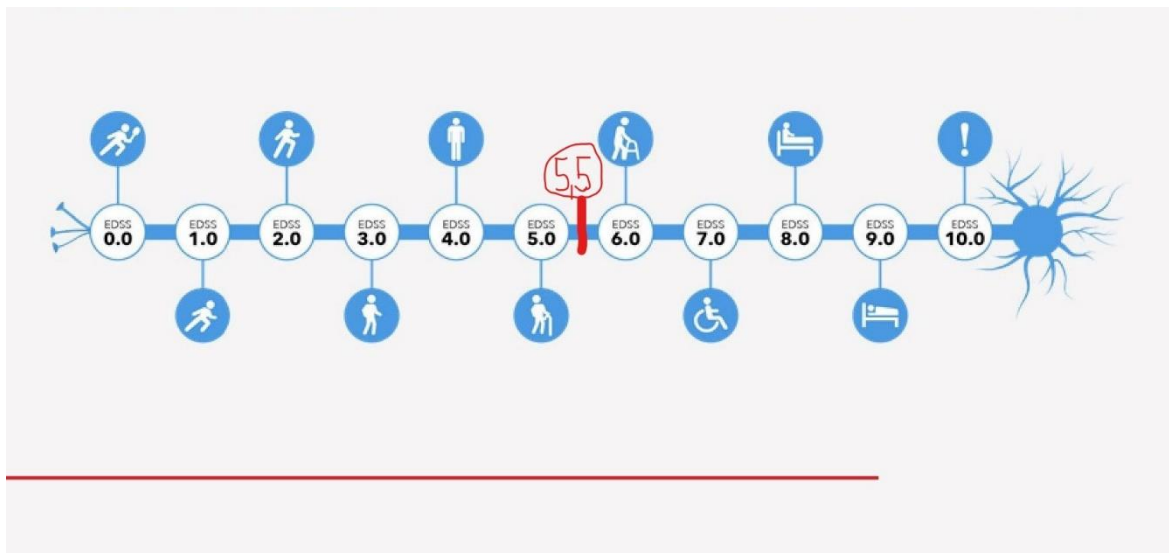
Plné vědomí: 15 bodů

Lehká porucha vědomí 13 až 14 bodů

Střední porucha vědomí 9 až 12 bodů

Závažná porucha vědomí 3 až 8 bodů

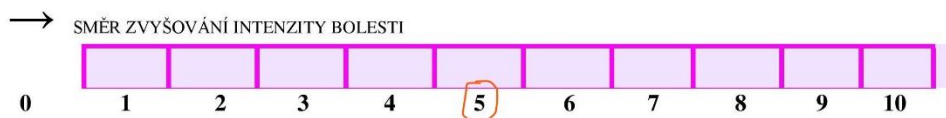
Příloha č. 17: Hodnocení EDSS, Kazuistika č. 2



(Zdroj: Valouchová, 2018, s. 2)

Příloha č. 18: Škála VAS, Kazuistika č. 2

Numerická



(Zdroj: Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012, s. 40)

**Příloha č. 19: Barthelův test základních všedních činností,
Kazuistika č. 2**

Barthelův test základních všedních činností

ADL - activity daily living

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha č. 20: Riziko pádu pacienta/klienta, Kazuistika č. 2

Riziko pádu pacienta/klienta Podle Conleyové, upraveno Juráskovou 2006

Rizikové faktory pro vznik pádu		Body
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3
	Věk 65 let a více	2
	Pád v anamnéze	1
	Pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo Překladu na lůžkové oddělení	1
	Zrakový/sluchový problém	1
	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, Psychotropní látky, hypnotika, antidepressiva, Antihypertensiva, laxantia)	1
Vyšetření		
Soběstačnost	Úplná	0
	Částečná	2
	Nesoběstačnost	3
Schopnost spolupráce	Spolupracující	0
	Částečně spolupracující	1
	Nespolupracující	2
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných, nebo ošetřujícího personálu)	Míváte někdy závratě?	3
	Máte v noci nucení na močení?	1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1
Celkem		
0 – 4 body* bez rizika	5 – 13 bodů* střední riziko	14 – 19 bodů* vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Příloha č. 21: Hodnocení rizika vzniku dekubitů, Kazuistika č. 2

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Northonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	0 - 29	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11 - 30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom Kachexie Obezita Onemocnění cév a jiné	Podle závažnosti onemocnění 3 - 1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31 - 60	2	Vlhká	2			Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	Nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů. Čím méně bodů, tím vyšší riziko.

21

Příloha č. 22: Stupnice hodnocení psychického zdraví, Kazuistika č. 2

Stupnice hodnocení psychického zdraví

Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993

Položky		Odpověď	
1.	Cítíte se většinu času dobře?	Ano	Ne
2.	Máte často obavy o své zdraví?	Ano	Ne
3.	Trpíte často bolestmi hlavy?	Ano	Ne
4.	Měl/a jste v poslední době závratě?	Ano	Ne
5.	Často se Vám třesou ruce při práci?	Ano	Ne
6.	Míváte záškuby ve svalech?	Ano	Ne
7.	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	Ano	Ne
8.	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	Ano	Ne
9.	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	Ano	Ne
10.	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	Ano	Ne
11.	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	Ano	Ne
12.	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	Ano	Ne
13.	Často Vás něco trápí?	Ano	Ne
14.	Jste často plný elánu či energie?	Ano	Ne
15.	Cítíte se často neužitečný?	Ano	Ne
Součet			

Hodnocení

13

1 bod za odpověď „ano“ u otázek		2	3	4	5	6		8		10			13		15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek	1						7		9		11	12		14	
Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví															

Příloha č. 23: Test instrumentálních všedních činností, Kazuistika č. 2

Test instrumentálních všedních činností

Podle Lawsona a Bodyho
(IADL-Instrumental Activity Daily Living)

Činnost	Hodnocení	Body
1. Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
2. Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby	5
	Speciálně upravený vůz	0
3. Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
4. Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo ohřeje	5
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. Domácí práce	Udrží domácnost s výjimkou těžkých prací, provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se v domácnosti prací neúčastní	0
6. Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být podány druhou osobou	0
8. Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Hodnocení	Závislý	0 - 40 bodů
	Částečně závislý	41 - 75 bodů
	Nezávislý	76 - 80 bodů

Příloha č. 24: Index tělesné hmotnosti, Kazuistika č. 2

Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 - 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 - 29,9	Nadváha	< 26,9 lehce zvýšená
		> 27,0 zvýšená
30,0 - 34,9	Obezita – I. stupeň	Středně vysoká
35,0 - 39,9	Obezita – II. stupeň	Vysoká
> 40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká