

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Eliška Králová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Eliška Králová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

PLZEŇ 2019

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 vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Králová Eliška

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 66

Počet stran – nečíslované: 11

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: Roztroušená skleróza - ošetrovatelský proces - Marjory Gordon - RS sestra

Souhrn:

Bakalářská práce se zaměřuje na onemocnění roztroušenou sklerózou a odlišnosti vnímání nemoci z pohledu muže a ženy. V teoretické části je stručně definován pojem „roztroušená skleróza“, dále popsána anatomie nervové soustavy, klinické příznaky, vyšetřovací metody, léčba a v závěru je zmíněn ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové.

Praktická část bakalářské práce se věnuje kvalitativnímu výzkumu v podobě rozhovorů zhotovených podle vzoru ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové a vypracování kazuistik na základě pozorování.

Abstract

Surname and name: Králová Eliška

Department: Department of nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing process concerning patient with the multiple sclerosis

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 66

Number of pages – unnumbered: 11

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 37

Keywords: Multiple sclerosis, nursing process, Marjory Gordon, MS nurse

Summary:

My bachelor thesis focuses on multiple sclerosis and its differences from the perspective of men and women. In the theoretical part, the concept of multiple sclerosis is defined and followingly the nervous system anatomy, clinical symptoms, examination methods, therapeutic method and treatment model according to Marjory Gordon are defined.

Practical part of the bachelor thesis focusing on the quality research in the form of talks based on the nursing model Marjory Gordon and elaboration of a case study based on observation.

Předmluva

Pojem roztroušená skleróza je v oboru neurologie aktuálním problémem a to především z důvodu nejednoznačné příčiny a nevyhléditelnosti onemocnění. Nejen u nás, ale i ve světě je z uvedených důvodů toto onemocnění stále řešeným medicínským tématem a předmětem výzkumných snah zlepšit úspěšnost léčby a přispět tak ke zlepšení kvality života nemocných. Hlavním důvodem výběru tématu bakalářské práce byla vlastní zkušenost s nemocí ze širšího okruhu rodiny, která ve mně vzbudila zájem o prohloubení znalostí a získávání podrobnějších informací.

Roztroušená skleróza postihuje častěji ženy a to přibližně v poměru 2:1 oproti mužskému pohlaví. V rámci odborné praxe na neurologickém oddělení mi byla tato skutečnost potvrzena, a proto se promítla i do cíle mého výzkumu. Bakalářská práce zjišťuje odlišnosti pohledu muže a ženy na roztroušenou sklerózu a to ve všech aspektech biopsychosociálních i spirituálních potřeb a pojetí nemoci z holistického hlediska postiženého. Výsledkem je zmapování rozdílů a jejich porovnání.

Účelem ošetrovatelského procesu je lepší pochopení příčin a projevů roztroušené sklerózy z pohledu sestry. Zlepšení ošetrovatelských dovedností a znalostí, identifikování úrovně psychického i fyzického zdraví pacienta, což vede k hlavnímu záměru práce, jímž je nutnost individuálního pohledu na muže a ženu. Práce má vnést nové poznatky do praxe a zlepšit tím tak kvalitu poskytované péče o nemocné s roztroušenou sklerózou a to právě s přihlédnutím k odlišnému vnímání nemoci jak ze strany ženy tak muže, protože každý člověk vnímá a prožívá své obtíže jinak.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Posseltové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům z neurologické kliniky FN Plzeň, především si dovoluji zmínit Márii Míčovou, za poskytování odborných rad.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA	14
1.1 Anatomie nervové soustavy.....	14
1.1.1 Neuron	14
1.1.2 Centrální nervový systém	15
1.1.3 Periferní nervový systém	16
1.1.4 Autonomní nervový systém.....	18
1.2 Výskyt roztroušené sklerózy.....	18
1.3 Etiopatogeneze.....	19
1.4 Klinický obraz.....	19
1.5 Typy roztroušené sklerózy	24
1.5.1 Relaps- remitentní forma	24
1.5.2 Relaps- progredující forma.....	24
1.5.3 Sekundárně progresivní forma.....	25
1.5.4 Primárně progresivní forma.....	25
2 VYŠETŘOVACÍ METODY ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY	25
2.1 Anamnéza	25
2.2 Magnetická rezonance	26
2.3 Vyšetření mozkomíšního moku	26
2.4 Diferenciální diagnostika	26
3 LÉČBA	27
3.1 Farmakoterapie	27
3.1.1 Léčebné látky.....	27
3.1.2 Léčba ataky.....	28
3.1.3 Léky 1. linie.....	28
3.1.4 Léky 1,5. linie.....	28
3.1.5 Léky 2. linie.....	29
3.2 Farmakoterapie u těhotné ženy s roztroušenou sklerózou	29
3.3 Léčba symptomatická	29
3.4 Léčba psychologická.....	30
3.5 RS centrum	31
3.6 Léčba rehabilitační.....	31
3.7 Nová studie	32

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	33
4.1 Ošetrovatelský model dle Marjory Gordon	33
PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 FORMULACE PROBLÉMU	35
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	36
6.1 Hlavní cíl.....	36
6.2 Dílčí cíle.....	36
7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	37
8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
9 METODIKA PRÁCE	39
10 ORGANIZACE VÝZKUMU	40
11 KAZUISTIKA ČÍSLO 1.....	41
11.1 Anamnéza.....	41
11.2 Shromažďování objektivních a subjektivních údajů.....	42
11.3 Průběh hospitalizace.....	43
11.4 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové.....	46
11.5 Plán ošetrovatelské péče.....	48
12 KAZUISTIKA ČÍSLO 2.....	54
12.1 Anamnéza.....	54
12.2 Shromažďování subjektivních a objektivních údajů.....	55
12.3 Průběh hospitalizace.....	56
12.4 Sběr dat dle Marjory Gordonové.....	57
12.5 Plán ošetrovatelské péče.....	59
DISKUZE A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	65
ZÁVĚR.....	68
SEZNAM LITERATURY.....	69
SEZNAM PŘÍLOH	72
PŘÍLOHY	73

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
BICAMS	Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis
CBD	Cannabidiol
CIS	Klinicky Izolovaný Syndrom
CNS.....	Centrální Nervový Systém
EDSS.....	Expanded Disability Status Scale
MACFIMS	Minimal Assessment of Cognitive Function In Multiple Sclerosis
MR	Magnetická Rezonance
NLZP	Nelékařská zdravotnická povolání
OŠE. DG.	Ošetrovatelská diagnóza
PNS	Periferní Nervový Systém
RR forma.....	Relaps-Remitentní forma
RS.....	Roztroušená Skleróza

ÚVOD

Moje kvalifikační práce se zabývá onemocněním roztroušenou sklerózou, odborným výrazem sclerosis multiplex, laicky „ereska“. Je to chronické autoimunitní onemocnění, při kterém lidský imunitní systém napadá centrální nervovou soustavu.

Jedním z hlavních problémů této nemoci je různorodost, která se vyznačuje rozdílnými projevy a u každého zcela odlišným a nepředvídatelným průběhem. Někdo může podlehnout invaliditě, na straně druhé postižený nemá v životě žádná omezení. Odlišné je i přijetí a smíření se s nemocí, což záleží na lidském charakteru, věku i pohlaví. Primární příznaky jsou samotnými pacienty většinou bagatelizovány, jelikož je považují za nedůležité a tím snižují šanci na příznivé ovlivnění průběhu léčby, pro jejíž úspěch je důležitá včasná diagnóza a zejména správná léčba. RS stále není dostatečně objasněna, a to i přes dlouhodobou znalost této nemoci. Proto i v posledních letech nabyla v oblasti neurologie na významu a jeví se jako aktuální problém.

I přes včasnou diagnostiku a rapidní posun v léčbě se počet nemocných zvyšuje. Onemocnění vyléčit zcela nelze. Co je ale pro léčbu nemoci nezbytné, je kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče a především zapojení samotného pacienta do procesu léčení, který si například může sám vybrat jakou aplikaci léků vyžaduje. Důležitá je také důkladná edukace ze strany zdravotnického personálu, znalost průběhu a podmínek léčby. Roztroušená skleróza je nemoc závažná a díky své nejasné prognóze a znatelnému zásahu do kvality života nemocného i jeho rodiny je pomoc zdravotníka přínosná.

Typicky se nemoc projeví mezi 20.- 40. rokem života, kdy se u žen objevuje až dvakrát více nežli u mužů. V tomto produktivním věku člověk zakládá rodinu, je v pracovním poměru, má partnerský vztah, sportuje a tyto všechny aspekty konání mohou být nemocí ovlivněny. Nemocný je nucen změnit svůj dosavadní způsob života a vše nemoci přizpůsobit, což znatelně narušuje jeho bio-psycho-socio-spirituální rovnováhu.

Cílem práce je zjistit odlišnosti pohledu na změny v kvalitě života muže a ženy s roztroušenou sklerózou. Ošetrovatelský proces v podobě pozorování a rozhovoru může vnést do praxe reálnější pohled na diferenciaci obou pohlaví a to především díky empatickému přístupu sestry a získání důvěry pacienta, který se tak může sestře pravdivě svěřit se svými obavami a problémy. Závěrem je zmapování zmíněných odlišností z výsledků výzkumu, uvědomit si a popsat individuálnost prožívání nemoci. Teoretická část byla vypracována

pomocí zhotovených rešerší ve Studijní a vědecké knihovně plzeňského kraje a dále samostatným výběrem odborné literatury, časopisů a internetových stránek na RS zaměřených.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění centrálního nervového systému (CNS), se zánětlivým charakterem a autoimunitními vlastnostmi v oblasti patogeneze. Zánětlivé děje způsobují demyelinizaci, až zánik nervových vláken a neuronů CNS. Klinickými příznaky RS jsou poruchy zraku, hybnosti, citlivosti, koordinace, rovnováhy a sfinkterů, v pokročilejších stádiích i zhoršeným polykáním a artikulací. Do nespecifických projevů patří deprese, únava a kognitivní poruchy. Primární příznaky se projevují nejčastěji mezi 20.- 40. rokem života, ale je možný výskyt i v dětství, adolescenci a stáří. (Piřha, Vojíšková, Král, 2017, s. 3)

1.1 Anatomie nervové soustavy

Pro lepší pochopení podstaty onemocnění a jeho souvislost s nervovou soustavou, popíšeme anatomii mozku.

Všeobecnou funkcí nervového systému je příjem, rozbor a ucelení informací. Následně vytvoření reakcí na podněty z vnějšího nebo vnitřního prostředí organismu, kdy složky významnějších informací ukládá do paměti. Nervový systém dělíme na centrální nervový systém (CNS) a periferní nervový systém (PNS). (Grim, Druga et al., 2014, s. 11)

1.1.1 Neuron

Nervová buňka, neboli neuron či neurocyt, je základní funkční, vyživující a morfoloickou jednotkou nervové tkáně. Nervová buňka má výběžky vedoucí vzruchy, které podle směru vedení dělíme na dendrity, ty přijímají podněty a vedou vzruchy do těla buňky. Dále axon, který je samotný a vede vzruch z buňky dál a ovlivňuje tím další struktury v těle. Jako celek je nervová buňka společně se svými výběžky označována jako neuron.

Neuron je samostatnou jednotkou, oddělenou od ostatních buněk, jelikož vzruchy od jiných buněk získává a sám je přenáší tzv. synapsí. Synapse, neboli vzájemné spojení neuronů, je přenos vzruchu na druhou buňku, při čemž se vylučuje zvláštní látka označovaná jako mediátor. Ten je eliminován do mezibuněčné tzv. synaptické štěrbině. Elektrochemickým procesem mediátor přenáší vzruch na další buňku. (Čihák, 2016, s. 241-242)

1.1.2 Centrální nervový systém

Do CNS se řadí mozek (encefalon) nacházející se v dutině lebeční a hřbetní mícha (medulla spinalis) uložená v páteřním kanále. (Grim, Druga, 2014, s. 11)

Stavba šedé a bílé hmoty

Šedá a bílá hmota tvoří parenchym CNS. Substantia grisea, šedá hmota, zahrnuje neurony a jejich výběžky. Místo mezi neurony se nazývá neuropil, který obsahuje koncové úseky axonů, dendrity, synapse, gliové buňky a jejich výběžky a hojně sítě krevních kapilár. V mozku se šedá hmota nachází v podobě kortexu a podkorových jader, v míše je uložena centrálně jako pevná šedá hmota.

Substantia alba, bílá hmota, jejíž název vychází z její barvy, je závislá na myelinizovaných axonech. Obsahuje svazky vláken nasměrované různými směry, označované jako nervové dráhy. Mezi vlákny jsou uschovány gliové buňky (fibrilární astrocyty, oligodendrocyty) a řídká spleť krevních kapilár.

Mícha

Mícha, medulla spinalis, je nejspodnějším oddílem CNS. Její délka je 40-45 cm a je uložena v páteřním kanálu v obalech centrálního nervstva (dura mater, arachnoidea a pia mater spinalis). Hranice začátku míchy s prodlouženou míchou je ve výši výstupu prvního krčního nervu (C1). Začátek míchy je projektován proti vrchnímu okraji nosiče. Směrem dolů mícha končí mezi bederními obratli L1 a L2 ve výši meziobratlové ploténky. Zakončení míchy se klínovitě zužuje a nazývá se conus medullaris, na který navazuje tenký gliový provazec, filum terminale, srůstající ve výši S2 s dura mater a s okosticí křížové kosti. (Grim, Druga et al., 2014, s. 20)

Mozkový kmen

Mozkový kmen, truncus encephalicus, navazuje na hřbetní míchu. Je uložen v lebce přesně v zadní jámě lební na clivus ossis occipitalis a na clivus ossis sphenoidalis. Svrchu je z větší části zakryt mozečkem.

Mozkový kmen se dělí na tři části. První a nejkaudálněji uložená je prodloužená mícha, medulla oblongata, středem je Varolův most, pons Varoli, a nejkraniálnějším oddílem je střední mozek, mesencefalon, který spojuje Varolův most a mezimozek. Mozeček, cerebellum, se připojuje na všechny oddíly kmene díky silným svazkům vláken, pedunculi

cerebellares. Čtvrtá komora mozková, ventriculus quartus, je rozšířenou částí komorového systému a leží mezi mozečkem a dorzální plochou kmene. (Grim, Druga et al., 2014, s. 41-42)

1.1.3 Periferní nervový systém

Periferní nervový systém zahrnuje mozkomíšní nervy (cerebrospinální nervy) a autonomní nervová vlákna. Cerebrospinální nervy se dělí na dvě hlavní skupiny nervů:

- Míšní nervy (nervi spinales)- Vystupují kořenovými vlákny z míchy a zakončení mají při opuštění páteřního kanálu ve foramina intervertebralia.
- Hlavové nervy (nervi craniales)- Vystupují z mozkového kmene (výjimkou je I. a II. Hlavový nerv) a na lební bazi prochází otvory, kudy opouštějí dutinu lební.

Míšní nervy- nervi spinales

Z lidské míchy odstupuje 31 párů míšních nervů. Skládají se z výběžků nervových buněk. Axony jsou uloženy v míše a dendrity jsou uloženy ve spinálních gangliích.

Z funkčního hlediska jsou výběžky somatomotorických a visceromotorických neuronů odstředivé (eferentní), jelikož vedou vzruchy z míšních ohnisek do periferie (příčně pruhované svaly, srdeční a hladká svalovina, žlázy).

Z funkčního hlediska jsou výběžky uložené ve spinálních gangliích dostředivé (afferentní) a dirigují signály od receptorů kůže, po pohybový aparát, až přes orgány do míchy.

Míšní nerv vzniká spojením předního a zadního kořene zevně od spinálního ganglia a postupuje dále do periferie, kde se větví. (Grim, Druga et al., 2015, s. 9)

Hlavové nervy- nervi craniales

Hlavové nervy tvoří 12 párů nervů vystupujících z mozkového kmene, které opouštějí lebku otvory v její bazi. Stavba nervi craniales se shoduje s obecným schématem periferního nervu. Hlavové nervy označujeme následujícím způsobem:

- I. nervus olfactorius- čichový nerv
- II. nervus opticus- zrakový nerv

- III. nervus oculomotorius- okoohybný nerv
- IV. nervus trochlearis- kladkový nerv
- V. nervus trigeminus- trojklanný nerv
- VI. nervus abducens- odtahovací nerv
- VII. nervus facialis- lícní nerv
- VIII. nervus vestibulocochlearis- rovnovážný a sluchový nerv
- IX. nervus glossopharyngeus- jazykohltanový nerv
- X. nervus vagus- bloudivý nerv
- XI. nervus accessorius- přídatný nerv
- XII. nervus hypoglossus- podjazykový nerv

Z makroskopického hlediska mají hlavové nervy podobnost v nervech míšních, avšak jsou zde odlišnosti, z kterých jsme zvolili tyto znaky:

- Hlavové nervy inervují hlavu a krk. Nervus vagus mimo jiné i hrudní a břišní orgány.
- U vystupujících nervů z CNS se nerozlišuje přední a zadní kořen.
- Obsah senzitivní složky v hlavovém nervu znamená přítomnost senzitivního ganglionu v jeho průběhu a jsou uloženy v oblasti baze lební.
- Hlavové nervy mají vegetativní složku parasympatickou.
- Hlavové nervy mají odlišné složení svých vláken.
- Část hlavových nervů obsahuje i podíl sympatických vláken.
- Některé hlavové nervy jsou obdarovány vlákny ze spojek, které prvotně nebyly pravým obsahem.
- Podjazykový nerv vzniká splynutím kraniálních míšních nervů při jeho vývoji, tudíž se díky svému původu do hlavových nervů vlastně neřadí.

- Zrakový nerv nepatří do hlavových nervů, jelikož je výběžkem mezimozku. (Grim, Druga et al., 2015, s. 52-54)

1.1.4 Autonomní nervový systém

Systema nervosum autonomicum inervuje cévní stěny a kůži, svalovinu srdce, žlázy a hladké svaly viscerálních orgánů. Na rozdíl od míšních a hlavových nervů mají autonomní nervy ganglia, což je místo, kde se vlákna přepojují na další neuron. Pregangliové neurony jsou ty, co vstupují do ganglia a postgangliové naopak z ganglia vystupují. Vegetativní systém se z účelové i stavební stránky dělí na sympatickou a parasympatickou část.

Sympatikus pokrývá rozlehlejší nervovou oblast než parasympatikus a jeho vlákna se rozprostírají skoro do všech orgánů a tkání. Aktivaci sympatiku spouští vyplavení adrenergních mediátorů a navozuje mobilizaci organismu, která je doprovázena tachykardií, hypertenzí, rozšířením věnčitých tepen a bronchů a sníženou peristaltikou střev.

Parasympatikus má menší inervační pole a některé orgány jako kůže, končetinové svaly, klouby apod. vůbec parasympatickou inervaci nemají. Parasympatikus má schopnost udržet organismus v rovnováze, jelikož má opačné pochody než sympatikus. Způsobuje bradykardii, hypotenzi, bronchokonstrikci, zrychluje peristaltiku střev a aktivuje sekreční činnost žláz.

Mezi oběma systémy vzniká koordinace, a to i přes skutečnost, že jsou do určité míry antagonisté. Odlišnost sledujeme i v sympatickém a parasympatickém mediátoru. Postgangliová vlákna sympatiku se označují jako adrenergní, jelikož je mediátorem noradrenalin. U parasympatiku je jím acetylcholin, tudíž se vlákna nazývají cholinergní. (Fiala, Valenta, Eberlová, 2009, s. 115-116)

1.2 Výskyt roztroušené sklerózy

Výskyt RS je odlišný s ohledem na etnický původ a geografické oblasti. Nemoc je nejvíce zastoupena u indoevropské rasy, hlavně u lidí skandinávského původu a v oblasti mírného pásma na více zalidněné severní polokouli. Typ RS nazývaný neuromyelitis optica se častěji vyskytuje v Asii, naopak v rovníkové Africe se prakticky nevyskytuje. Okolo rovníku je výskyt minimální a se zeměpisnou šířkou, z důvodu slunečního svitu a vlivem vitamínu D na imunitní systém, narůstá. V České republice současná prevalence, tedy počet nemocných na celkový počet obyvatel v dané oblasti, vzrůstá. Dle dat pocházejících ze zdravotních pojišťoven je prevalence okolo 100-130 na 100 000 obyvatel. Zaznamenány byly

pouze situace označené neurologem minimálně dvakrát za jeden rok, jako diagnóza G35 (RS). (Havrdová, 2009, str. 8)

1.3 Etiopatogeneze

Roztroušenou sklerózu zařazujeme mezi autoimunitní onemocnění, jelikož hlavním důsledkem je poškození imunitního systému. Tělo nedokáže rozpoznat individuální antigeny centrálního nervového systému a vyhodnocuje je jako cizí. Následně dochází k rozvoji patologické zánětlivé reakce, která se projevuje nevratným poškozením myelinů a axonů.

V místě zhojení zánětu vznikne jizva, neboli léze, velikostně od jednoho milimetru až po několik centimetrů a nejčastěji se objevují blízko komor mozečku, mozkového kmene, bazálních ganglií, míchy a zřetivého nervu. Oligodendrocyty jsou buňky vytvářející a udržující tukovou vrstvu neuronů, jímž je myelinová pochva, která přenáší elektrické signály z bílé do šedé hmoty a dále do těla. Progrese onemocnění způsobuje zužování až úplný úbytek myelinu a axonální ztrátu, tudíž neurony ztrácí schopnost přenášet elektrické signály. Poškozené oligodendrocyty už nejsou schopny plně zrenovovat myelinové pochvy. Po každé atace se proces hojení zhoršuje, až nakonec poškozené axony zahálí jizevnaté povlaky. Tento děj nazýváme remyelinizace. (Vališ, Pavelek a kol., 2018, str. 12)

Genetika hraje v senzitivě vůči chorobě důležitou roli. Pravděpodobně s sebou dědičnost přináší určité nastavení imunitního systému a schopnost aktivovat autoagresivní lymfocyty. Stejně tak agresivitu a typ průběhu nemoci určuje genetika. Nejdůležitějším faktorem jsou infekce. Na předchozí, většinou virový infekt, jsou vázány příčiny atak nemoci a dále také objevení prvních příznaků. Následujícím neméně významným faktorem je stres, a to zejména chronický, jelikož mění nastavení hypothalamo-hypofýzo-adrenální osy. Další důležitý faktor je vliv vitamínu D a jeho nedostatek (v naší oblasti z důvodu půl roku zimního období, tudíž nedostatku slunečního svitu, dále i málo pestrá strava). (Havrdová, 2009, s. 8-14)

1.4 Klinický obraz

O typu klinických symptomů rozhoduje lokalizace zánětu. Podle množství postižených drah dělíme ataky na polysymptomatické, kdy zánět postihne více drah najednou např. v oblasti mozkového kmene. Dále se může zánětlivé ložisko nacházet v průběhu jen jedné dráhy a to hovoříme o atace monosymptomatické. Klinická symptomatologie není podmínkou u projevů všech ložisek v období vzniku. Bez klinických příznaků mohou být ložiska v

prostoru mozkových komor. Díky určitým symptomům (optická neuritida, internukleární oftalmoplegie, spastická paraparéza), které jsou pro RS specifické, lze lehce stanovit diagnóza onemocnění. V případě příznaků epizodických ani nemusí být spojovány s demyelinizací. Nejběžnějšími primárními příznaky jsou senzitivní potíže, zrakové poruchy a symptomy motorické. Skupina pacientů udává ztuhlou únavu ještě před prvními příznaky.

Senzitivní poruchy

Senzitivní poruchy jsou bagatelizovány jak pacientem, tak lékařem, jelikož je jejich původ řazen mezi neurotické či vertebrogenní, tudíž se další vyšetření neprovádí. Proto je potřeba dbát na pečlivý odběr anamnézy.

Do rozdělení řadíme poruchy kožní citlivosti (vedené spinotalamickým traktem do parietálního kortexu, jsou zpracovávány vědomě) a poruchy hluboké citlivosti (vedené zadními provazci, končící níže pod stavbou kůry, nejsou tudíž zpracovávány vědomě). Nejčastějšími prvními příznaky onemocnění jsou poruchy taktilního cití, které se dělí na tzv. negativní a pozitivní symptomy. Negativní symptomy (hypestezie, anestezie) se vyznačují senzitivní poruchou v rámci bloku vedení při demyelinizaci či ztrátě axonů, tudíž se jedná o těžší poruchu v oblasti senzitivní dráhy. Pozitivní příznaky (abnormální senzace-dysestezie, parestezie, hyperstezie) jsou ranými ukazateli poruchy dráhy.

Optická neuritida

Optická neuritida se vyvíjí několik hodin až dnů a jejím projevem je jednostranná ztráta vizu, často spojená s bolestí při pohybu očním bulbem. Mezi klinické příznaky patří zamlžení až ztráta vizu, výpadek v zorném poli, bolest za okem při pohybu bulbu a poruchy barevného vidění. Optická neuritida způsobuje postižení všech kvalit zrakového vnímání – zrakové ostrosti, citlivosti na kontrast, barvocitu i zorného pole a u 30% pacientů se vyskytuje jako první příznak.

Poruchy motoriky

Poškození pyramidové dráhy se vyznačuje centrální parézou se zvýšením šlachových a okosticových reflexů, výskytem pyramidových iritačních jevů, ubýváním síly a zvýšením spasticity. Charakteristická je nepřítomnost břišních reflexů. Poruchy motoriky jsou nejběžnější příčinou invalidity při RS a hned po ztrátě kognitivních funkcí jsou nejobávanějším symptomem nemoci. Typická je nesouměrná paraparéza dolních končetin nebo

kvadruparéza s různou závažností symptomů. Spasticita má velmi častý výskyt až u 80-85% nemocných, a to v různé míře postižení od minimálního stupně do velmi závažných projevů, které znatelně ovlivňují běžnou denní aktivitu a činnost. Na dolních končetinách je spasticita u RS dvakrát častější nežli na horních.

Poruchy funkce mozkového kmene

- **Okohybné poruchy-** Defekty okohybné inervace jsou velmi běžné, trpí jimi až 75% nemocných. Odhaleny mohou být při neurofyziologickém vyšetření i znatelně klinicky projevené jako dvojité vidění, kmitání obrazu, ztížená akomodace apod. Řadíme sem poruchy stability fixace pohledu, internukleární oftalmoplegie, poruchy vertikálního pohledu a nukleární léze s parézou okohybného nervu. Projevují se dvojitým viděním, závratí, nuceným držením hlavy nebo pochybností v prostoru.
- **Neuralgie trigeminu-** Patří mezi nejběžnější ojedinělé příznaky. V místě inervace kteroukoli větví trigeminu, nejčastěji 2. a 3., se objevuje šlehavá bolest, která se dostavuje v řadách s různou délkou trvání a často má vegetativní doprovod (sekrece z nosu, slzení). Bolest přichází po senzitivním podráždění (lehký dotek, jídlo, pití, mluvení, žvýkání, čištění zubů).
- **Paréza lícního nervu-** Dělíme ji na centrální parézu při supranukleární poruše dráhy a parézu periferní při přítomnosti plaků v kmeni ve výši jádra. Setkat se můžeme i s recidivující periferní parézou s následujícím rozvojem roztroušené sklerózy nebo hemispasmem a fascikulací v mimickém svalstvu.
- **Dysfagie-** Porucha senzitivní inervace (senzitivní větve nervu IX a X) vede ke špatné informaci o složení a objemu sousta. Při porušení motorické inervace (motorická část nervu X a XII) dochází k vadné koordinaci svalů faryngu a jícnu, což způsobuje nedokonalé uzavření hrtanové příklopky.
- **Dysartrie-** Dysartrie je závada v motorické části řeči a vzniká na základě spasticity, slabosti a ataxie řečových svalů. Běžná je i porucha tvorby hlasu.

Vestibulocerebelární poruchy

Cerebellum a systém vestibulární hrají důležitou roli v udržení rovnováhy ve stoji a vzpřímeném držení těla, v chůzi a při zažitých pohybech. Dále má podíl na oční a hlavové koordinaci a na řízení svalového napětí.

Mozečkové projevy jsou velmi běžné a vždy jsou doprovázeny se senzitivním, pyramidovým či kmenovým postižením. Do mozečkových dysfunkcí řadíme ataxii, která zahrnuje poruchu stability a chůze a nepřesné pohyby rukou. Dále tremor, kdy je nejčastějším typem intenční třes, který se projevuje před dokonalým dosažením pohybu. U horních končetin je třes nejčastější, dále následují dolní končetiny, hlava a trup. Vertigo, nystagmus a tonické úchyly trupu a končetin jsou typické pro poruchy vestibulárního systému.

Mikční poruchy

Přítomnost problémů s močením uvádí až 97% nemocných s RS. Symptomy dolních močových cest zasahují obojí pohlaví. Nejčastější dysfunkcí dolních močových cest u RS je neurogenní hyperaktivita detruzoru, jež se vyznačuje polakisuriemi, urgencemi a nykturiemi. Dále do mikčních dysfunkcí řadíme hypokontraktilitu detruzoru, neboli neschopnost močového měchýře vyprázdnit svůj obsah a v neposlední řadě uretrální dysfunkce, která má široké spektrum příznaků, od inkontinence po možný vznik retence moči. (Havrdová a kol., 2013, s. 117-128)

Poruchy vyprazdňování

Potíže s vyprazdňováním má více jak polovina nemocných s RS. Motorické a senzitivní poškození tlustého střeva a konečníku způsobuje zpomalení střevní peristaltiky, oslabení análního svěrače a zhoršenou citlivost v anorektální oblasti. V okolí rekta je narušený fyziologický rektoanální inhibiční reflex a je zvýšená povolnost rekta. Zmíněné poruchy podněcují sníženou citlivost na přítomnost stolice v koncové části kolonu a rekta včetně problémů s vyprazdňováním a náchylností k obstipaci. Zácpa je někdy střídána s impakcí stolice neboli obtékání tekutého obsahu střev kolem zadržené tuhé výplně rekta, která je často zaměňována s pravou inkontinencí stolice. Na vzniku poruch defekace má podíl celkový fyzický stav, schopnost sebeobsluhy a změna stravovacích návyků. (Fiedler a kol., 2015, s. 34-35)

Sexuální poruchy

Sexuální dysfunkcí jsou postiženy obě pohlaví. S ohledem na produktivní věk, v kterém se často RS objeví, je ovlivněna kvalita života páru jako celku, stejně tak jako možnost početí.

- **Sexuální dysfunkce u žen-** Jsou velice běžné, a přesto nedostatečně debatované jak neurology, tak gynekology či urology. Přitom procentuálně se u žen projevují sníženou sexuální touhou v 57,7%, sníženou genitální citlivostí v 47,3%, sníženou lubrikací v 48,4%, subjektivním poklesem vzrušení ve 45,2% a poruchou orgasmu v 39,8%, kdy minimálně jeden z typů sexuální dysfunkce lze nalézt u 82,5% pacientek.
- **Sexuální dysfunkce u mužů-** Porucha v neurogenní sféře vede k sexuálním dysfunkcím: orgasmické, ejakulární a erektilní. Příčinou erektilní dysfunkce jsou cévní a hormonální změny, základní neurologické onemocnění a selhání z důvodu psychického. Také užívání medikace na jiné choroby může mít vliv na rozvoji potíží. Erekttilní dysfunkce je popisována jako dlouhodobá omezenost v dosažení a udržení erekce, která je důležitá pro dostačující sexuální styk. Podle předchozího tvrzení by doba měla trvat déle než šest měsíců s opakovaným selháním. (Havrdová a kol., 2013, s. 130-131)

Únava

Přibližně 85% nemocných uvádí výraznou únavu bez souvislosti s adekvátní fyzickou zátěží. Únava zřetelně snižuje kvalitu života a má mnoho příčin. Jednou z nich je protizánětlivý stav CNS, dále poškození myelinu a úbytek nervových vláken. Vždy je důležité brát na vědomí nutnost vyloučení ostatních nemocí, jimiž jsou anémie, chronický zánět (nejčastěji uroinfekce), porucha štítné žlázy apod.

Deprese

Deprese je dalším příznakem postihující až polovinu pacientů. Její projev je běžný již v prvním roce nemoci, kdy si pacient klade otázky typu: „Proč právě já?“, „Co se bude dít v budoucnu?“, „Zvládnou zajistit rodinu?“, „Zvládnou se sám o sebe postarat?“. V průběhu nemoci a zhoršující se invaliditou se škála otázek mění, ale obavy z budoucnosti, pocit bezmoci a hněvu nemizí. V každé fázi nemoci je smíření se svým stavem velmi těžké. Deprese

sníží pacientovu kvalitu života, jeho motivaci a akceschopnost. Potíže se projevují i ve zhoršené spolupráci s ošetřujícím personálem, který má důležitou roli ve včasném odhalení deprese a jejím následném léčení a snížení rizika sebevraždy, která je u RS zvýšena až sedmkrát.

Kognitivní poruchy

Poruchy kognice nebývají zpočátku nápadné, a proto na ně v minulosti nebyla zaměřena pozornost. Bez speciálních testů jsou těžko odhalitelné, přesto jsou přítomny v úvodu nemoci u 30-50 % nemocných. Souvisejí s délkou trvání nemoci a jsou ve vztahu se ztrátou práceschopnosti. Postižení se projektuje především v rychlosti zpracování informací, dlouhodobé epizodické paměti, pozornosti a exekutivních funkcích. Pro posudkové vyšetření, kdy pacient opravdu ztrácí schopnost vykonávat své povolání, slouží mezinárodně doporučená baterie MACFIMS a pro rychlou orientaci slouží tři základní testy tvořící baterii BI-CAMS. (Havrdová et al., 2015, s. 36-39)

1.5 Typy roztroušené sklerózy

Roztroušenou sklerózu dělíme na 4 formy jimiž jsou remitentní, relabující progredující, sekundárně a primárně progresivní. Pro hodnocení kvantifikace zdravotního postižení používáme EDSS stupnici.

První ataka se nejčastěji projeví po porodu, infekci, stresu fyzickém či psychickém, chirurgickém zákroku nebo zranění, ale často spouštěč není vůbec patrný. Po první atace běžně následuje remise, období klidu, stavu před vypuknutím choroby. (Jakešová, 2008, s.24)

1.5.1 Relaps-remitentní forma

Tato forma se projeví u většiny pacientů v počátečním stádiu onemocnění. Podstatou je střídající se symptomatické ataky s obdobími remisí. Průběh zánětu v CNS však stále progreduje, což způsobuje stále vážnější poškození. (Nováková, 2016, s.16)

1.5.2 Relaps-progredující forma

Pouze malé procento pacientů trpí touto formou nemoci. Po každé proběhlé atace zůstane v nervovém systému funkční deficit. Je důležité zastavit progresi nemoci, proto je potřeba využít všechny metody, které by toho mohly docílit. (Závodní, 2012, s.6)

1.5.3 Sekundárně progresivní forma

Neboli chronická progrese, je pokračování typu remitentního stádia. Zánětlivý proces se zlepšuje, ale přitom převahují degenerativní změny na CNS. To způsobuje nenápadné ataky a tím se pozvolna prohlubuje invalidita. Přeskok do chronicko-progresivní formy je způsoben vyčerpáním zásob CNS. Jestliže má za poškození vinu zánětlivý proces, dochází k trvalému dopadu. Dle použití EDSS řadíme většinu nemocných do stupně 4-5.

1.5.4 Primárně progresivní forma

Tato forma postihuje 10-15% nemocných a rozvíjí se postupně. Je definována pomalým rozvojem neurologického postižení, které se nejčastěji projevuje špatnou pohyblivostí dolních končetin, poruchou chůze spojenou s křečemi. Specifickými příznaky celkově jsou únava, porucha schopnosti koordinovat pohyby a udržet rovnováhu. Dále ubývá svalová hmota, projevují se spastické obrny, snižuje se schopnost a dovednost pohybu a psychické poruchy nejsou výjimkou. (Kováříková, 2017, s.16)

2 VYŠETŘOVACÍ METODY ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY

Diagnóza se stanovuje na základě výskytu klinických projevů specifických pro RS. Těmito typickými příznaky jsou pozitivní zobrazení na magnetické rezonanci (MR), objektivně potvrzená ataka neurologickým nálezem a eliminace jiných příčin klinických příznaků. Dalším prioritním ukazatelem je nález oligoklonálních páسů v mozkomíšním moku. Vyšetřovací kritéria se stanovují díky časoprostorovým demyelinizačním příhodám, na čemž jsou založena McDonaldova kritéria z roku 2010. U klinicky izolovaného syndromu nelze prokázat diseminaci v čase. CNS můžeme vyšetřovat pomocí anamnézy a klinických vyšetření pro průkaz jedno nebo víceložiskového postižení. (Piřha, Vojtíšková, Král, 2017, s.4)

2.1 Anamnéza

Nejdůležitější položkou vyšetření neurologem je anamnéza. Největší důraz se klade na tu část anamnézy, která se odvíjí od daného problému onemocnění. Musí být dodržována posloupnost odebírání informací, aby další lékaři měli povědomí o řečené myšlence a mohli navázat dále.

Do neurologické anamnézy řadíme věk, pohlaví, zaměstnání, pravo/levorukost, průběh současných obtíží a otázky neurologického screeningu. Dále anamnéza osobní,

farmakologická, rodinná a sociální. Všechny zmiňované položky jsou pro diagnostiku RS podstatné. (Fuller, 2008, s. 13)

2.2 Magnetická rezonance

Rok 2001 byl klíčový moment, kdy se poprvé MR zařadila do diagnostických kritérií s tím, že nové léze na MR mohou nahradit prodělanou klinickou ataku. Nová kritéria z roku 2010 se vyznačují diagnostikovaním RS již po 1. atace pod podmínkou MR skenu, který naplňuje kritéria časoprostorové diseminace. (Horáková, 2011, s. 266)

Na MR obraze se vyskytuje výsev mnohočetných ložisek v času a prostoru. Častěji je oblast ložisek v bílé hmotě o zvýšené intenzitě signálu. Typická pro RS jsou ložiska kortikální, vyskytují se již na počátku onemocnění a vymizí do jednoho roku. Dalším typem jsou ložiska permanentní, neboli vlastní černé díry, které přetrvávají. (Vaněčková, Seidl, 2018, s.37)

2.3 Vyšetření mozkomíšního moku

Odběr vzorku mozkomíšního moku, nejčastěji technikou lumbální punkce, bývá abnormální a to v podobě zvýšeného množství bílkovin a lehké pleocytózy. Nejvýznamnějším nálezem je zvýšení gama globulinů, především části IgG. Imunoelektroforéza likvoru prokazuje vytváření oligoklonálních proužků v alkalické frakci. Tyto proužky jsou protilátkou produkovanou klonem plazmatických buněk, které nejsou typické, avšak běžné a významné jako nález u RS. Dalším nálezem pozitivním pro diagnózu jsou klinicky latentní ložiska prokazatelná ve vyšetření evokovaných potenciálů. (Ambler, 2011, Sedmé vydání, str. 222-223). Vyšetření mozkomíšního moku je velmi přínosné pro doplnění informací v diagnostickém procesu. Základem je provedení biochemického a cytologického vyšetření. (Horáková, 2017, str. 14)

2.4 Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnostice dělíme onemocnění na dvě skupiny. Zaprvé nemoci, která jako RS vypadají z pohledu klinického obrazu. Zadruhé nemoci připomínající RS z hlediska MR nálezu.

Je nutné RS diferencovat od mnohých infekčních chorob (borelióza, neurosyfyilis, HIV), autoimunitních chorob (Behcetova nemoc, vaskulitida CNS, systémový lupus erythematoses, sarkoidóza), toxicko-metabolických onemocnění (deficit vitamínu B12),

hereditárních a neurodegenerativních onemocnění (primární laterální skleróza, adrenoleukodystrofie, lymfom v CNS, změn v CNS při migréně a hypertenzi apod.) (Štětkářová, 2017, str. 150)

Po dlouhou dobu byla RS zaměňována za závažný podtyp roztroušené sklerózy Neuromyelitis optica a to především díky podobným projevům, zejména zánětu zrkového nervu. Avšak objev protilátek proti akvaporinu-4 V. Lennonovou et al v roce 2004 přispěl k rozuzlení mylné domněnky a definitivně ji odlišil. (Horáková, 2015)

3 LÉČBA

V současnosti neexistují léky, které by napravily demyelinizaci. Jako východisko jsou léky protizánětlivé, používané na počátku nemoci.

Důležitý je pro účinnou léčbu také kvalitní vztah lékaře s pacientem, především komunikace a důvěra. Lékař vybere vhodnou léčbu a pacient poctivě dodržuje léčebný režim.

Léčbu RS dělíme na léčbu akutní ataky a léčbu dlouhodobou, jejímž cílem je zpomalit progresi nemoci, snížit vzplanutí atak, oddálit disabilitu - a v neposlední řadě na léčbu symptomatickou. (Dobrá rada a kolektiv autorů, 2018, str. 21)

3.1 Farmakoterapie

V současné době jsou dvě možné terapeutické varianty, do nichž řadíme imunomodulační a imunosupresivní léky. Cílem těchto farmak je udržet kontrolu nad zánětem, jelikož potlačení infekce vede k vytvoření prostoru pro reparační děje, kdy remyelinizace hraje největší roli. (Havrdová, 2010, s. 3-4)

3.1.1 Léčebné látky

V současnosti pacienti s CIS v ČR používají (léky s úhradou):

- INF β -1a (Avonex, Rebif)
- INF β -1b (Extavia, Betaferon)
- pegINF β -1a (Plegridy)
- Glatiramer acetát (Copaxone)
- Teriflunomid (Aubagio)

U pacientů s RR formou RS je možnost použití:

- Všechny interferony
- Glatiramer acetát, teriflunomid, dimethylfumarát (Tecfidera)
- Fingolimod (Gilenya)
- Natalizumab (Tysabri)
- Alemtuzumab (Lemtrada)
- Ocrelizumab (Ocrevus)
- Kladribin (Mavenclad) (Vališ, Pavelek, 2018, str. 58)

3.1.2 Léčba ataky

Primárně se podává dávka methylprednisolonu v dávce 3-5 g, obvykle intravenózní cestou, či perorálně ve stejném množství. Pokud je léčba první dávkou kortikoidů nedostačující, dávka se po dvou týdnech opakuje. Další možností je podat 3x 2000 mg methylprednisolonu, nebo dát sérii plasmaférez (často 5x obden). (Vališ, Pavelek, 2018, str.55-57). Akutní léčba by se měla kombinovat s preventivními opatřeními- ochrana žaludeční sliznice, substituce draslíku atd. Léčba je doprovázena dalšími komplikacemi, do kterých patří hypertenze, tachykardie, hyperglykemie, leukocytóza, rozvoj akné a výraznější chuť k jídlu. Povinností lékaře je edukace o psychických komplikacích (nespavost, deprese, nervozita apod.) Při akutní infekci se kortikoidy nasazují až po aplikaci antibiotik či antimykotik, z důvodu rizika septického stavu. (Horáková a kol., 2017, str. 24)

3.1.3 Léky 1. linie

Při nevyhovujícím efektu léčby imunomodulačním lékem první volby, se přechází na terapii léky 1. linie. Řadíme sem interferony beta, glatiramer acetát a teriflunomid. Hrazeny jsou pouze pro pacienty v aktivní fázi nemoci s jedinou demyelinizační příhodou, kdy bylo nutné nasadit léčbu kortikosteroidy. Dále při vysoké aktivitě choroby v remitentním stadiu jasně diagnostikované RR RS formy a invaliditě na úrovni 4,5 EDSS.

3.1.4 Léky 1,5. linie

Léky 1,5 linie jsou indikovány u nepříznivé prognózy onemocnění, která vznikla na podkladě rozvoje minimálně jednoho středně těžkého nebo těžkého relapsu při léčbě nejméně jedním lékem 1. linie. Stejná indikace platí pro pacienty s rychle se rozvíjející vážnou

RR RS, po prodělání nejméně dvou relapsů za rok současně se zhoršenými nálezy na MR. Dimethyl fumarát a fingolimod jsou nejčastějšími léčivy.

3.1.5 Léky 2. linie

Indikací léků z této linie, jimiž jsou v ČR natalizumab a alemtuzumab, je závažná progredující RR RS forma s proděláním dvou relapsů v jednom roce a zhoršení lézí na MR nálezu. Také RR RS, při které nedošlo po léčbě léky 1. linie ke snížení počtu relapsů na méně než dvě ataky ročně. (Vališ, Pavelek, 2018, str. 59)

3.2 Farmakoterapie u těhotné ženy s roztroušenou sklerózou

Ve většině případů jsou těhotné ženy v počátečních stádiích nemoci (klinicky izolovaný syndrom, relabující/remitující typ), což je období, ve kterém mají na nemoc efektivní vliv imunomodulační léky.

Vzestup hladiny těhotenských hormonů ovlivňuje matčiny imunitní reakce a způsobuje až výraznou přeměnu imunity. Nejvýznamnějším zdrojem prozánětlivé imunitní aktivity je právě těhotenství u RS.

Ještě před početím platí obecné pravidlo vysazení imunosupresivních a imunomodulačních léků. Dále je důležité i včasné vysazení cytostatik a léků s doloženými teratogenními účinky, jelikož se musí dodržet očišťovací perioda vedoucí k úplné eliminaci léků z organismu matky. (Zapletalová, 2017, s. 889-892)

3.3 Léčba symptomatická

Symptomatická léčba se řídí dle klinických příznaků. (Ambler, 2011, str. 224)

- **Spasticita a poruchy chůze-** Baklofen a tizanidin řadíme mezi myorelaxancia, která napomáhají při poruchách chůze, spojené se zvýšeným svalovým napětím a křečemi. Podobný účinek mají i některá antiepileptika. Při těžkém omezení pohyblivosti pacienta omezující jeho soběstačnost, se do nejvíce zasažených svalů zavádí botulotoxin. Další možností je zavést rovnou do páteřního kanálu baklofenovou pumpu, což je katetr uvolňující baklofen ihned k míše. Fampridin zvyšuje rychlost chůze, jelikož urychluje vedení poškozeným nervovým vláknem axonů. Na tento lék je kladná odezva od 30% pacientů.
- **Deprese-** Psychoterapie je v současnosti pacientům rozhodně dostupnější, než dosud byla. Ovlivňuje úzkost, depresi a učí zvládat stresové situace.

- **Sfinkterové obtíže-** Jedním z častých urologických problémů je retence moči a tím vznikající infekce. Řešením této obtíže je intermitentní autokatetrizace, neboli dovednost pacienta se sám cévkovat. Proti inkontinenci moče se doporučuje posilování pánevního dna.
- **Únava-** K ovlivnění únavy u RS vede soubor přístupů. Prvním z nich je celková změna režimu od spánku a odpočinku v průběhu dne, po změnu pracovní aktivity a činností doma. Do změn stravování radíme rovnováhu makroživin a popíjení kofeinových nápojů. Ergoterapie volí strategie pro šetření energie, vybírá vhodné pomůcky pro zvládnutí ADL a upravuje prostředí.
- **Bolest-** Bolest je způsobena křečemi v končetinách, neuralgií trojklanného nervu, brněním a pálením především v dolních končetinách. Primárním lékem na vyřešení těchto obtíží je karbamazepin, což je lék používaný při léčbě epilepsie. U neúspěšné léčbě neuralgie trojklanného nervu se lze obrátit na neurochirurga.
- **Sexuální obtíže-** U mužů se jedná především o poruchu erekce, která může být ovlivněna psychickým stavem společně s užíváním antidepresiv, anxiolytik a léků snižujících svalové napětí. Nejprve je potřeba vyloučit vliv těchto léků a až poté nasadit medikaci ovlivňující erekci, či ejakulaci.

Ženy mají problémy především s lubrikací a sníženou citlivostí. Tyto nepříjemnosti mohou vyřešit lubrikancia a antispastika. Nejdůležitější je ale otevřít se svému partnerovi a komunikovat o svých pocitech a obavách. (www.nfimpuls.cz)

- **Léčba konopím-** Konopí obsahuje cannabinoidy, což je název léčivé látky nacházející se pouze v rostlině konopí. Jedním ze skupiny cannabinoidů je Cannabidiol neboli CBD, jež svou aktivní složkou v této přírodní formě konopí napomáhá u svalového napětí, mravenčení, svalových záškubů a křečí. Další významnou vlastností CBD je velmi silný protizánětlivý účinek. Legální a zákonná cesta k využívání konopí je konzumace konopného semínka, které se může používat při vaření. Nově používaný ve světě je i konopný CBD olej, např. ve formě kapek. (www.vitalia.cz)

3.4 Léčba psychologická

Psychoterapie je léčebný postup, který používá psychologické nástroje pro zlepšení pacientova stavu. Jejím cílem je renovace přirozených pocitů kontroly nad vlastním

myšlením, vnímáním, emocemi, představami a chováním. Terapeut napomáhá nemocnému rozlišovat patologické prožívání od zdravého, překonávat problémy a celkově vede k rozvoji optimismu, sebedůvěry a motivaci. Na psychoterapii může pacient docházet buď jako jednotlivec, nebo využít skupinové terapie. Dále se nabízí forma rodinné, párové či sexuální terapie. U léčby deprese se nejčastěji praktikuje metoda kognitivně-behaviorální terapie. (Janáčková, 2018, s. 63)

- **Peer-to-peer-** Peer-to-peer je program, který je založený na výpomoci od zkušeného pacienta, jenž má za sebou vyrovnání se s diagnózou a umí reagovat na problémy spojené s tímto onemocněním, tudíž může být výborným pomocníkem nově diagnostikovaným nebo pacientům, kteří si procházejí složitou životní situací. Také pro veřejnost může být peer-to-peer prospěšné, kdy na patientských internetových fórech a stránkách uvádí na pravou míru nepravdivé informace a předsudky o RS. (Banýrová, Tomanová, 2018, str.1)

3.5 RS centrum

RS centra, nebo také MS centra, je v ČR označení pro neurologická centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních chorob (především RS), kam je nemocný při podezření či po potvrzení onemocnění nasměrován. V současné době jich v naší zemi nalezneme patnáct. Vedoucím centrem v ČR je MS Centrum při Neurologické klinice 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. (www.erestymcr.cz)

- **RS sestra-** Pro pacienty s diagnostikovanou RS, ale i pro jejich blízké či zájem veřejnosti, je určen projekt „Sestry v akci“. Jeho cílem je prostřednictvím zkušené a odborné RS sestry podat rychlou edukaci a kvalitní pomoc, což napomůže vyřešit danou situaci a problémy onemocnění RS, jako např. aplikace léků, příznaky ataky apod. Telefonní linka funguje v době mimo provoz ambulantních hodin MS center a na dotazy odpovídá sestra, jež v centru v běžně pracuje. (www.sestravakci.eu)

3.6 Léčba rehabilitační

Rehabilitace se pro efektivitu musí zachytit již v časně fázi, z důvodu lepšího působení na kompenzační mechanismy a užití nervové poddajnosti. (Keclíková, Hoskocová, Gál, 2014, s. 27)

Cvičení má pozitivní vliv na zlepšení stavu nemocného, především z hlediska únavy a fyzické zdatnosti, kdy největší podíl má nárůst svalové síly a změna adaptace

v kardiovaskulárním a respiračním systému. Při cvičení se ovlivňuje i hormonální sekrece, při které se uvolňují endorfiny, které mají kladný vliv na náladu. (Keclíková, Hoskovcová, Gál, 2014, s.24)

I přes progresivní průběh onemocnění, má rehabilitační léčba důležitý podíl na zařazení pacienta do společnosti a celkové provádění aktivit běžného života. (Keclíková, Hoskovcová, Gál, 2014. s. 27)

3.7 Nová studie

Imunologové Roland Martin a Mireia Sospedra z Univerzity Hospital of Zurich ve Švýcarsku, odhalili imunitní buňky zvané T-buňky, které byly izolované z těla pacienta, který zemřel na RS. T-buňky normálně začínají fungovat poté, co odhalí proteinové fragmenty obsahující i zbytky aminokyselin, které se váží k invazivním mikrobům, ale aktivují se také u lidí s roztroušenou sklerózou.

Výzkumníci chtějí určit, které proteinové fragmenty stimulují pacientovy T buňky. Proto testovali 200 možností těchto fragmentů, z nichž každý obsahuje 300 miliard variant. U dvou fragmentů s největším efektem bylo zjištěno, že jsou částí lidského enzymu nazývaného guanosine dyfosfát-L-fucose syntéza. T buňky od 12 z 31 pacientů, kteří měli již buď diagnostikovanou RS nebo prokazovali první symptomy nemoci, reagovaly na tento enzym také. A co více, T buňky u 4 z 8 pacientů, kteří byli testováni, reagovaly na bakteriální verzi enzymu, což souvisí s aktuální myšlenkou, že trávicí bakterie mohou pomoci osvětlit další souvislosti této nemoci a její léčení.

Když se prokáže, že guanosine dyfosfát-L-fucose syntéza má nepatrné množství RS autoantigenů, tak léčení pacienti mohou mít příznaky jako necitlivost a svalová slabost, stejně jako u lidí s alergiemi, kteří reagují např. na pylové alergen. Mireia Sospendra říká, že chce spolu se svými kolegy začít testovat tuto strategii příští rok. (www.sciencemag.org)

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Jako společná definice pro ošetrovatelský proces se uvádí soustava souhrnných výkonů ošetrovatelských činností, které mají vést k potřebám jednotlivce, řešit jeho problémy a zabránit jejich vzniku.

Tento proces je posloupnost plánovaných ošetrovatelských činností, jejich aplikování do individualizované péče o pacienta a docílení změny zdravotního stavu nemocného. Tyto postupy slouží pro samostatné rozhodování sestry, poskytování co nejlepší péče, dosahování plánovaných cílů a zhodnocení pokroků, kterých pacient díky procesu dosáhl. (Tóthová a kol., 2014, str. 16)

4.1 Ošetrovatelský model dle Marjory Gordon

Pro lepší pochopení tohoto modelu zde uvedeme definici, z důvodu jeho využití v praktické části práce v rámci výzkumu.

Model „Funkčního typu zdraví“, tak zní druhé označení. V rámci ošetrovatelství zaujímá nejkompexnější holistické pojetí člověka a využívá se již na univerzitách při výuce pro budoucí použití do praxe.

Základní stavbu modelu tvoří jedenáct oblastí:

- **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví-** Zde je uvedeno vnímání zdravotního stavu, pečování o zdraví, důležitost zdraví, aktivity udržující zdraví, uvědomování a zvládání rizik spojených se zdravotním stavem a životním stylem.
- **Výživa a metabolismus-** Zde je popsán způsob příjmu jídla a tekutin, druh potravy a tekutin, denní doba stravování, kvalita a kvantita příjmu jídla a tekutin, držení diety, užívání náhrad potravy či vitamínů. Dále hodnocení stavu kůže, vlasů, nehtů, zubů, sliznic a hojení ran. Výška, hmotnost a tělesná teplota.
- **Vylučování-** V této oblasti zjišťujeme způsob vylučování, pravidelnost vylučování, obtíže nebo poruchy při vyprazdňování, užívání projímadel, charakter a příměsi moči a stolice.
- **Aktivita, cvičení-** Tato oblast popisuje aktivity ve volném čase, udržování tělesné kondice, druh relaxace, základní denní aktivity, sebepéče, soběstačnost, kvantita a

kvalita cvičení, způsob trávení volného času, záliby a faktory ovlivňující provozování aktivit.

- **Spánek a odpočinek**- Tato oblast zahrnuje způsob spánku, jeho délku, kvalitu a kvantitu. Stav po probuzení a charakter usínání. Forma odpočinku a relaxace.
- **Vnímání, poznávání**- Řadíme sem schopnost smyslového vnímání (sluch, zrak, chuť, čich, dotek), používání kompenzačních pomůcek nebo protéz. Vědomí, mentální funkce, bolest, kognitivní funkce (schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, slovní vyjadřování apod).
- **Sebekoncepce, sebeúcta**- Tato oblast obsahuje emocionální vnímání a pohled na sebe sama, vlastní schopnosti, charakter, temperament, talent, vzhled, hodnoty. Zdravotník zde sleduje emocionální reakce, verbální a neverbální komunikaci.
- **Plnění rolí, mezilidské vztahy**- Popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí, individuální vnímání životních rolí a závazky vůči nim, význam mezilidských vztahů, závažnost momentální situace, vztahy v rodině, vztahy ve společnosti a na pracovišti.
- **Sexualita, reprodukční schopnost**- Zahrnuje obtíže v této oblasti, spokojenost se svým intimním životem. Reprodukční období ženy a problémy s tím související, u mužů pohlavní choroby a obtíže s prostatou.
- **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí a tolerance**- Zmiňuje celkový způsob tolerance a řešení stresových situací, důležité změny v posledních dvou letech, techniky zvládnutí stresu, podpora od rodiny, poruchy integrity, vnímání vlastní schopnosti regulovat stres.
- **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**- Popisuje životní cíle, přesvědčení, osobní hodnoty, náboženské či jiné založení. Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité.
- **Jiné**- Sem se řadí všechny ostatní informace, které považuje pacient za důležité a nebyly zmíněny. (Tóthová a kol., 2014, str. 52-55)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Roztroušená skleróza je v současnosti mezi laickou veřejností i zdravotníky známým pojmem, avšak znalost nezasahuje vždy do hloubky problematiky onemocnění, kam řadíme mnoho faktorů. Do formulace problému jsem zařadila následující, z vlastního pohledu nejaktuálnější.

Internet je velmi používaným zdrojem a lze zde nalézt téměř vše potřebné z různých oborů, tedy i medicínských. Ne všechny informace jsou ale pravdivé a nemocný tak může narazit na negativní zprávy, co se RS týče. Nejen on, ale i jeho rodina, která je na tom mnohdy po psychické stránce hůř než samotný pacient, prožívají na základě těchto zpráv negativní emoce, což se promítá do postoje k nemoci.

Cílem center pro RS je mimo jiné anulovat tyto negativní zprávy, někdy přímo mýty a vnést do povědomí veřejnosti i nově diagnostikovaných osob pravdivé informace o průběhu a prognóze onemocnění. Problémem ovšem je, že provoz těchto center je z kapacitních důvodů omezen a spousta nemocných tak nemá možnost této pomoci. Proto je velmi důležitá informovanost každé sestry, která při setkání s hospitalizovaným pacientem s RS může poskytnout adekvátní péči.

Velmi důležitým a přínosným faktorem pro nemocného je projevený zájem a navázání důvěrného vztahu se zdravotnickým personálem. Lékařovou povinností je edukace ohledně léčby, nabídnout výběr dané terapie a možnosti aplikace léků. Povinností sestry je zase objektivní a subjektivní sledování, díky kterému může rozeznat důležité příznaky, ale i změny v psychice, např. depresi. Dále každodenní komunikace, starost a péče o potřeby nemocného, edukační činnost ohledně běžných denních činností a především podpora. Otázkou je, zda na věnování takové individuální péče jednotlivci není zdravotník omezen z časové tísně chodu oddělení.

Cílem práce je vnést díky ošetrovatelskému procesu nové poznatky o vnímání zdraví a potřebách postiženého do zdravotnického odvětví a zlepšit tak vědomost o roztroušené skleróze, což napomůže individuálnímu pohledu na každého nemocného. Naskýtá se otázka: „Je viděn znatelný rozdíl po psychické i fyzické stránce z pohledu muže a ženy?“

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Zjištění odlišnosti pohledu na změny v kvalitě života muže a ženy s roztroušenou sklerózou.

6.2 Dílčí cíle

1. Zpracovat kazuistiky u muže a ženy s RS.
2. Zjistit, jak se od sebe odlišují jednotlivé složky vzorce chování dle Marjory Gordonové u muže a ženy s RS.
3. Vytvořit plán ošetrovatelské péče.
4. Analyzovat odlišnosti v kvalitě života muže a ženy s RS.

7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

- Jak probíhá hospitalizace u muže a ženy s RS?
- V jaké oblasti funkčního typu zdraví je pacient s RS zasažen nejvíce?
- Jakým způsobem se zrcadlí poruchy zdravotního stavu respondentů do jejich ošetřovatelských diagnóz?
- Jak se od sebe odlišují životní scénáře muže a ženy od propuknutí nemoci?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Volba mých respondentů byla záměrná, kdy nejdůležitějším aspektem byl výběr mužského a ženského pohlaví s onemocněním roztroušená skleróza. Do kritérií byl zahrnut produktivní věk od 20.- 40. roku života nejlépe bezdětných nemocných, ale tento prvek nebyl podstatným. Další podmínkou byla hospitalizace na neurologickém oddělení u obou pohlaví. Byla také požadována totožná, či přibližná úroveň fáze onemocnění. V poslední řadě byl kladen důraz na poskytnutí souhlasu s prováděním výzkumu od respondentů.

9 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl vybrán kvalitativní druh výzkumu, jehož podstatou je analýza zkoumaných jevů, objevení jejich základních složek, odhalení závislostí mezi nimi, charakteristika jejich celkové stavby a objasnění jejich funkce. Kvalitativní výzkum umožňuje vidět respondenty v jejich přirozených podmínkách a prohlubovat tak poznatky z kontextu jevů, která badatele zajímají. (Kutnohorská, 2009, str. 22). Ve svém kvalitativním výzkumu jsme využili metodu pozorování kombinovanou s nestrukturovaným rozhovorem nahrávaného na diktafon. Získané informace jsme zpracovali formou ošetrovatelského procesu dle M. Gordonové, který je vhodný ke zmíněnému hloubkovému průzkumu a vytvoření individuálního plánu ošetrovatelské péče „ušitého na míru pacienta“, díky němuž můžeme srovnat oba respondenty.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum se konal v průběhu odborné praxe od 5.11 do 2.12. 2018 ve Fakultní nemocnici v Plzni na neurologické klinice lůžkové části, kde za spolupráce sester a pod vedením hlavní mentorky, vrchní sestry neurologické kliniky Mgr. Lucie Posseltové, byla studie provedena. Souhlas pro vykonávání šetření mi poskytla manažerka pro vzdělání a výuku NELZP Mgr. Světluše Chabrová. Od respondentů jsem získala potvrzení informovaného souhlasu.

11 KAZUISTIKA ČÍSLO 1

Žena 33 let bytem v Plzi, přijata na neurologickou kliniku FN Plzeň 7.11 2018 v 13:00 hod., pro relaps senzitivní ataky, projevující se hemihypestezií pravé poloviny těla, trvající déle než 24 hodin. Hospitalizace druhá, naposledy v říjnu 2016, kdy proběhla první ataka stejného typu.

11.1 Anamnéza

Osobní:

- V dětství prodělány běžné nemoci, jinak žádná vážnější onemocnění ani neutrpěla úraz
- V roce 2001 operace appendektomie
- Nekuřačka, alkohol příležitostně, káva 3x denně

Gynekologická:

- První menstruace v 15 letech, nullipara, neprodělané potraty

Rodinná:

- Matka 55 let, žije, diagnostikována rakovina prsu
- Otec 58 let, žije, zdrav
- Má jednu sestru, 35 let, zdráva

Sociální:

- Vdaná, žije s manželem v panelovém bytě ve městě.

Pracovní:

- Pracuje jako řidička kamionu od roku 2015.

Alergologická

- Kortikoidy

Farmakologická

- Euthyrox 50 mg tbl. ½-0-0
- Diazepam 10 mg tbl. 0-1-0
- Apo Ome 20 mg tbl. 0-1-0
- KCl 500 mg tbl. 0-0-1
- Medrol 16 mg tbl. 1-0-0
- Caltrate 600 mg tbl. 0-1-0 (nasazeno až od 9.11)

Stav před onemocněním: V roce 2001 appendektomie

Současné onemocnění: Roztroušená skleróza

Aktuální lékařská diagnóza: Roztroušená skleróza relaps-remitentní forma

Přidružená lékařská diagnóza: Hypotyreóza od roku 2004, frekventní migrény

11.2 Shromážd'ování objektivních a subjektivních údajů

Fyzikální vyšetření- provedeno pohledem, pohmatem, poslechem, z neurologického hlediska.

- Vědomí: Je orientována místem, časem i osobou. Bez kvalitativních či kvantitativních poruch. Nálada dobrá. Paměť lehce zhoršena.
- Hlava a krk: Oční projevy negují. Má brýle na čtení. Mírné závratě při rychlé změně polohy. Ústní i nosní sliznice jsou růžové bez povlaků a známek dehydratace, zuby v pořádku. Sluch přiměřený věku.
- Kosterně-svalový systém: Mírná porucha stability z důvodu přechodné hemihypes-
tezie. Při chůzi nejistota, jinak pohyb sama bez obtíží, přirozeně. Bez abnormálních pohybů, pouze mírný třes dlaní. Snížená fyzická výkonnost, pocit únavy.
- Poloha, postoj: Postoj aktivní, vzpřímený, nezaujímá úlevovou polohu.
- Uropoetický systém: Nutkání na močení, jinak bez vážnějších obtíží.

- Nervový systém: Hemihypestezie pravé poloviny těla lehkého stupně, přecházející v parestézii. Reflexy fyziologické.
- Imunitní systém: Bez projevů infekce.
- Celkový vzhled, úprava zevnějšku: Upravená, nehty a vlasy má čisté, celkový vzhled upravený.
- Kůže: Hydratována, kožní turgor v normě.

Fyziologické funkce

- TK: 130/100 (Tlak zvýšen z důvodu nežádoucího účinku po podání kortikoidů)
- P: 90' (Zvýšení z důvodu kortikosteroidů)
- TT: 36,5 °C
- Dechy: 15 (pravidelné, bez obtíží)
- Výška: 162 cm
- Váha: 65 kg
- BMI: 24,8

Kompenzační pomůcky

- Brýle na čtení

Použité škály

- GCS: 15
- EDSS: 2 (Lehké potíže, výkonnost dotčena minimálně)

11.3 Průběh hospitalizace

Pacientka byla hospitalizována na neurologické klinice FN Plzeň od 7.11 2018 do 21.11 2018. Hospitalizace proběhla v pořádku bez známek hospitalismu.

1. Den

Pacientka byla přijata na oddělení 7.11 v 13:15 hod. v doprovodu své matky. Na vlastní přání udělen nadstandartní pokoj, z důvodu osobního klidu. Byl sepsán chorobopis a proběhl odběr ošetřovatelské anamnézy a edukace dle edukačního záznamu. Ve 13:30 hod. provedena lumbální punkce za diagnostickým účelem. Před výkonem premedikace Diazepam 10 mg tbl. za účelem zmírnění obav pacientky, na její osobní žádost. Pod dohledem sestry pacientka uvedena do polohy vsedě na posteli. Výkon proveden stromatickou jehlou v prostoru L4-L5 na druhý pokus. Odebráno asi 8 ml mozkomíšního moku, zprvu s krví, poté fyziologický. Následně sestra provedla sterilní krytí a edukovala pacientku o následujícím režimu a možných nežádoucích projevech. Také zavedla periferní žilní katétr. V průběhu dne kontrola stavu pacientky po výkonu a podávání kortikosteroidů Solu Medrol 1g 1500 ml FR i.v a Dithiaden 1 amp. 250 ml 5% glukóza dle ordinace lékaře. V 18:50 poslední kontrola, stav po lumbální punkci bez potíží, podání kortikosteroidů toleruje.

2. Den

Pacientka se po probuzení cítí dobře, je spokojená s pozitivní náladou. Byly provedeny náběry krve. Při ranní vizitě zjištěna přetrvávající snížená citlivost v pravé polovině těla, i po podání kortikosteroidů. Při minulé atace průběh stejný, potíže neodezněly bezprostředně, ale až s odstupem. Vyšetřování proběhlo vleže a až na hemihypestezii včetně obličeje žádné jiné potíže. V plánu lékaře bylo podání třech Solu Medrolů 1g, zaznamenáno do ordinačního listu dokumentace. V průběhu dne pacientka uvedla pocit motání hlavy při zvednutí z lůžka, při kontrole fyziologických funkcí zjištěn zvýšený krevní tlak a puls. V závislosti s nepříznivými reakcemi na léčbu kortikosteroidy, edukace pacientky o nutnosti doprovodu sestrou na toaletu, či přesunu ke stolu apod. Stravuje se na pokoji, chuť k jídlu zachována, většinou zkonsumovány celé porce, denní příjem tekutin okolo 2-3 litrů.

3. Den

Pacientka se cítí nevyspalá, příčinou je nepříjemný pocit kvůli přetrvávající hypestezii pravé poloviny obličeje, horní i dolní končetiny. I přes tuto situaci je příjemná a vlídná. Proběhla výměna periferního žilního katétru. Výsledky laboratorních testů krve negativní na infekci. Do ordinačního listu připsán Caltrate. Hypertenze a tachykardie stále, proto se měří fyziologické funkce třikrát denně. Po obědě pacientku začalo píchat pod žebry vlevo, následně na to udělaný záznam EKG. Přes den odpočívá, sleduje televizi,

cítí se unavená. Subjektivně udává účinky kortikosteroidů zatím bez příznivého efektu. Na noc podání hypnotik.

4. -5. Den

Přes víkend stav nijak znatelně nezměněn. Spánek byl přínosnější než v předešlých dnech, spala celou noc. Nadále kontrola fyziologických funkcí třikrát denně, výsledné hodnoty neměnné. Ráno proběhl doprovod do sprchy, pro zabránění rizika pádu. Pacientka pociťovala v sobotu bolesti hlavy, popisuje ji jako náběh na migrénu, proto si vyžádala analgetikum novalgin ½ tbl. Cítí se stále unavená a slabá. Léčba dle ordinace lékaře zůstává nezměněna. Oba dny měla návštěvu, stále odpočívá, převážně v lůžku, poslouchá muziku a kouká na televizi. Bolest hlavy po podání léku zmírněna. Snažila se přes den hodně doplňovat tekutiny, aby tak zahнала bolest, tím způsobeno častější močení. Přijmula přes 3 litry tekutin. Na noc opět podáno hypnotikum.

6. Den

Spánek pacientka udává jako kvalitní, probouzí se s dobrou náladou, odpočatá. Subjektivně se cítí bez bolesti a obtíží, hypestezie subjektivně zmírněna. Ranní hygienu už zvládá bez dohledu. Pro zlepšení stavu poslána na vyšetření MR v doprovodu sestry. Fyziologické hodnoty sníženy, avšak stále ne do fyziologické normy, stále kontrola měření třikrát denně. V odpoledních hodinách návštěva matky. Po jejím odchodu má pacientka negativní pocity, cítí se smutně, dle jejích slov je matka až moc starostlivá. Ve zbytku dne si čte knihu a poslouchá rádio. Na noc hypnotika vyřazena, chce pouze čaj na spaní.

7. Den

Pacientka se vyspala dobře, má pozitivní náladu. Při vizitě zjištěna výrazně lepší citlivost v pravé polovině těla, jak objektivně, tak subjektivně. Pro účinnost léčby pokračování v předešlém plánu podávání infuzí. Krevní tlak a puls sníženy, kontrola už pouze jedenkrát denně. Provedeny kontrolní náběry krve. Odpoledne měla klidné, cítí se výrazně lépe, má více energie.

8. Den

Při ranní vizitě pacientka uvádí spánek za dobrý, neprobouzela se, hypestezii nepociťuje. Při přeměření zjištěn návrat hodnot (tlaku a pulsu) do fyziologické normy. Na rozhodnutí lékaře, po léčbě a odeznění negativních účinků kortikosteroidů, napsána propouštěcí zpráva. Pacientce byla nasazena léčba kortikosteroidy per os, proběhla edukace o správnosti užívání a v 14:00 opouští oddělení.

11.4 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání a udržování zdraví

Onemocnění bylo pacientce zjištěno před třemi roky. To, že trpí RS ví, avšak přesnou znalost o formě a stádiu nemoci nemá. Dle vyšetření nesplnila kritéria pro léčbu, ale z důvodu nyníější druhé ataky už je vedena směrem k jejímu nasazení. Dle jejích slov má největší váhu na vzniku onemocnění stres a únava. Diagnostika jí byla sdělena ve FN Plzeň osobním lékařem, s kterým je spokojená. Pan doktor s pacientkou komunikuje, zajímá se o její názory a pochybnosti ohledně léčby, kterou jí i po poslední kontrole na MR nabídl, avšak pacientka měla v tu dobu zdravotní obtíže, tudíž byla po domluvě s lékařem odložena. O svém zdravotním stavu, průběhu i prognóze je dostatečně informována. Lékařská doporučení se snaží dodržovat, ale v souvislosti s prací je to občas obtížné. Má obavy z budoucnosti, zvyšující se při nevolnosti. Migrény, kterými trpí, tento strach spouští, jelikož jsou doprovázeny motáním hlavy a stejný subjektivní pocit má i u příchodu ataky. Trápí ji i nejistota příchodu ataky. Naposledy nástup rozeznala, přišel náhle ráno, projevem vzniku hypestezie, podruhé po dvou letech. Jednou ročně kontrola MR a konzultace u lékaře. Pacientka chodí občas do sauny, snaží se jíst zdravě, nekouří, nepije. Ze začátku hledala informace o onemocnění na internetu, odebírá časopis RS kompas, nyní už ne, ale ze začátku jí to pomohlo, například v podobě sportovních vhodných aktivit. Se svým onemocněním smířená není.

Výživa

Pacientka se stravuje 3x denně, jako svačina především zelenina. Má ráda sladké, připravuje si pravidelně takové snídaně. Snaží se jíst zdravě, což je někdy při jejím způsobu povolání obtížné, dietu nedrží. Po kortikoidech nabrala 5 kg, zatím je neshodila. Za den přijme 2-3 litry tekutin, preferuje vodu. Káva 3x denně, alkohol příležitostně. Od propuknutí nemoci stav kůže a vlasů nezměněn. Nemocemi netrpí, avšak manžel je často nachlazen a při společném soužití na ni lehkou virózu většinou přeneše. Ataky to nepřivolává.

Vylučování

Zácponu netrpí, chodí 2x denně v domácím prostředí, avšak z důvodu změny prostředí už od přijetí 3 dny nebyla. Má nutkání na močení z důvodu nemoci, více pije. Podstoupila urografii.

Aktivita, cvičení

Většinu času tráví v nákladním vozidle, jezdí přes celý den i noc, s manželem se střídají v řízení. Když řídí manžel, tak si čte, spí, nebo se učí španělštinu. Při zastávkách ve městech se s manželem procházejí. Když je doma, ráda chodí ven na vycházky, dělá domácí práce, večer kouká na televizi, chodí brzo spát. Volný čas tráví v přírodě. Koničky má cvičení na míči, procházky a učení jazyků. Jógu zkoušela na dovolené v Mexiku, zaujala ji, ale jak uvedla, v nákladňáku je obtížné ji praktikovat. Za relax považuje spánek, nebo poslech hudby. Největší prospěch na zvládnání nemoci klade procházkám a myslí si, že to nemoc zlepšuje, jelikož tím snižuje stres. Problémy s chůzí ani koordinací pohybů nemá, pouze při atace, mimo ni při migrénách, především v podobě točení hlavy.

Spánek, odpočinek

Při atace nespí vůbec, jinak uvádí spánek jako kvalitní, jeho délka je 6-8 hodin. Kupuje si spreje na polštáře s vůní, navozuje jí to rychlejší usínání. Hypnotika nepoužívá. Během noci se probouzí, důvod časté močení. Po probuzení se cítí už delší dobu unavená, první půl hodinu se cítí nepoužitelná, má blbou citlivost rukou. Spí i přes den, je unavená, nejvíce po řízení, spíše z psychické stránky. Po potřebném odpočinku se cítí lépe.

Vnímání, poznávání

Brýle na blízko. Zrak nezhoršen. Pouze problém při první atace, diplopie, rozmazané vidění, byla na perimetrii. Od propuknutí nemoci zhoršena paměť. V práci se soustředí aktivně maximálně 4 hodiny. Když je unavená, zapomíná slova.

Sebepojetí, sebeúcta

Momentálně má pocity obav a smutku. Trpí poslední měsíc depresí, matka onemocněla rakovinou. Myslí si, že onemocněla kvůli ní. Uvědomuje si, že by měla zvolnit životní tempo. Přátelé jí berou normálně, pouze rodina má zvýšenou péči. Ze začátku jí ovlivnily předsudky o RS, přečetla si článek a myslela si, že je to jedno z nejhorších onemocnění. Po sdělení

diagnózy se zhroutila. Odlišná od druhých se necítí, motivuje jí zdraví, rodina, chce dítě. Chtěla by do budoucna fungovat kvůli dětem.

Role-vztahy

Bydlí s manželem. Rodina o diagnóze ví, reakce při sdělení byly negativní, především ze strany matky. Vztahy v rodině nezměněny, rodinné problémy jsou především kvůli její a matčině nemoci. Zaměstnavatel o nemoci ví, nijak ji neomezil, zaměstnání tudíž nemá potřebu prozatím změnit. Do společnosti chodí ráda. Nikoho jiného s RS nezná, ani nikam do skupiny nedochází. Do budoucna přemýšlí o psychologovi. Má obavy ze skupin, aby tam neviděla někoho v horším stavu, než je ona, například na vozíčku. Myslí si, že to by naopak místo pozitivního přínosu mohlo zhoršit její stav.

Sexualita-reprodukce:

V intimním životě žádné změny, od 19 bere antikoncepci. Nyní přestala kvůli chůci dětí.

Stres-zátěžové situace:

Při stresu krátkodobém v práci, je po chvíli v pořádku, ale dlouhodobý nezvládá dobře. Ve stresu je téměř pokaždé, když řídí, přivádí ji do něj ostatní řidiči a komplikace na silnici. Mimo práci je v pořádku. Od první ataky si uvědomila, že se nemá cenu stresovat kvůli nedůležitým věcem, přehodnotila své hodnoty a priority. Nejlépe se cítí doma s manželem, s kamarády a pomáhá jí hudba. Psychoterapie nepodstupuje.

Víra, životní hodnoty

Největší hodnotou pro pacientku je zdraví a spokojenost. Priority jsou rodina, přátelé, zdraví, pomáhat druhým. Cíl má zaplatit barák, mít dítě, především být zdravá. Věřící není. Věří sama v sebe, má silnou vůli.

Jiné

S onemocněním se prozatím nesmířila. Doufá, že se její stav nijak nezhorší. Nesnáší léky a prášky, nechce, aby došlo na chronickou léčbu nemoci.

11.5 Plán ošetřovatelské péče

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 1

- Číselný kód+ název oše. dg.: Zácpa (00011)

- Doména 3: Vylučování a výměna
- Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému
- Související s: Se změnou prostředí
- Projevující se objektivně: Obtížná defekace, slovní vyjádření obtíží, snížený odchod plynů a četnosti stolice.
- Projevující se subjektivně: Snížená frekvence vyprazdňování, bolest břicha, pocit plnosti a zvýšeného tlaku v konečníku, potřeba užívání laxativ.
- Očekávané výsledky: Pacientka se vyprázdní do jednoho dne po podání laxativ. Konzistence stolice bude v normě a pravidelná. Pacientka bude znát doporučený příjem tekutin a potraviny bohaté na vlákninu. Odezní bolest břicha a pocit plnosti a tlaku v konečníku.
- Ošetrovatelské intervence: Podej laxativa dle ordinace lékaře. Edukuj o důležitosti doplňování tekutin a příjmu vhodných potravin bohatých na vlákninu. Doporuč pohyb, pro zlepšení peristaltiky střev. Přizpůsob prostředí pro lepší komfort a pohodlí pacientky. Dotazuj se na odchod stolice.
- Hodnocení: Odchod stolice proběhl dle očekávaných výsledků. Pacientka je bez bolesti a doprovázejících nepříjemných pocitů. Přijímá dostatečné množství tekutin, avšak příjem vhodných potravin je omezen z důvodu hospitalizace.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č 2

- Číselný kód+ název oše. dg.: Nedostatek spánku (00096)
- Doména 4: Aktivita/odpočinek
- Třída 1: Spánek/ odpočinek
- Související s: Hypestezií způsobenou onemocněním
- Projevující se objektivně: Unavený vzhled, má kruhy pod očima, přes den odpočívá v lůžku, často i pospává. Slovní vyjádření dyskomfortu. Pacientka působí apaticky. Na noc vyžaduje hypnotika. Ráno se budí bez energie.

- Projevující se subjektivně: Pacientka se cítí unavená, slabá a ospalá. Přes den má potřebu často odpočívat.
- Očekávané výsledky: Kvalita spánku se zlepší po podání hypnotik. Pacientka se bude cítit vyspalá a odpočatá, bude mít více energie.
- Ošetřovatelské intervence: Podej hypnotika dle ordinace lékaře. Zajisti klidné a příjemné prostředí. Zjisti spánkové rituály a umožni jejich praktikování. Edukuj o relaxačních technikách navozujících spánek a aktivitách, které mají negativní dopad na usínání.
- Hodnocení: Kvalita spánku byla zlepšena, pacientka již nevyžaduje hypnotika, na večer popíjí pouze čaj na spaní. Spánkové rituály ani relaxační techniky nepraktikuje, zná nevhodné aktivity před spaním.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č.3

- Číselný kód+ název oše. dg.: Únava (00093)
- Doména 4: Aktivita/odpočinek
- Třída 3: Rovnováha energie
- Související s: Onemocněním a léčbou
- Projevující se objektivně: Pacientka je spavá, neaktivní. Slovně vyjadřuje únavu a úbytek energie.
- Projevující se subjektivně: Po probuzení se cítí unavená, ospalá. Má sníženou fyzickou aktivitu a zvýšenou potřebu spánku.
- Očekávané výsledky: Pacientka bude odpočatá s více energií do ukončení hospitalizace. Bude vědět, co způsobuje její únavu a zvládne se s ní vypořádat.
- Ošetřovatelské intervence: Nebraň v odpočinku. Edukuj o příčině únavy a následcích onemocnění a léčby. Doporuč relaxační techniky jiné než spánek. Podporuj pacientku.
- Hodnocení: Úroveň únavy je zlepšena. Pacientka zná příčinu únavy a orientuje se v relaxačních technikách. Bere odpočinek ve zvládnání její nemoci za důležitý.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č.4

- Číselný kód+ název oše. dg.: Úzkost (00146)
- Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže
- Třída 2: Reakce na zvládání zátěže
- Související se: Změnou zdravotního stavu
- Projevující se objektivně: Slovním vyjádřením, jinak bez znatelných projevů.
- Projevující se subjektivně: Zhoršení nálady, smutek, nadměrné přemýšlení a uvažování. Strach, nejistota.
- Očekávané výsledky: Zmírnění úzkosti do ukončení hospitalizace. Pacientka bude znát postupy pro zvládání úzkosti, taktéž preventivní opatření.
- Ošetrovatelské intervence: Komunikuj s pacientkou a zajímej se o její pocity, naslouchej a dej prostor pro vyjádření emocí. Podávej dostatek informací a předcházej tak nejistotám a strachu. Edukuj o technikách pro zvládání a snížení úzkosti.
- Hodnocení: Úzkost byla v průběhu hospitalizace zmírněna. Pacientka je dostatečně informována a smiřuje se postupně se svým onemocněním. Praktikuje techniky pro zmírnění a odbourání úzkosti.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 5

- Číselný kód+ název oše. dg.: Akutní bolest (00132)
- Doména 12: Komfort
- Třída 1: Tělesný komfort
- Související s: Migrénou
- Projevující se objektivně: Grimasy v obličeji, úlevová poloha. Slovní vyjádření, popis bolesti. Vznik nauzey a motání hlavy.

- Projevující se subjektivně: Bolest hlavy v místě levého obočí, vystřelující do celého čela. Motání hlavy, špatná rovnováha a nauzea. Nesnášenlivost světla a hluku.
- Očekávané výsledky: Bolest bude zmírněna po podání analgetik.
- Ošetrovatelské intervence: Podej analgetika dle ordinace lékaře. Kontroluj stav pacientky. Přizpůsob prostředí pro zlepšení stavu.
- Hodnocení: Bolest byla po podání analgetik zmírněna.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č.1

- Číselný kód+ název oše. dg.: Riziko infekce (00004)
- Doména 11: Bezpečnost/ ochrana
- Třída 1: Infekce
- Související se: Zavedeným periferním žilním katétrem
- Projevující se objektivně: Znatelné příznaky vzniku infekce, bolest v místě vpichu, zarudlé okolí místa vpichu, otok, zvýšená tělesná teplota a změny v laboratorních hodnotách.
- Projevující se subjektivně: Bolest a pálení v místě vpichu, zhoršená pohyblivost končetinou.
- Očekávané výsledky: Nedojde ke vzniku infekce do 3 dnů. Pacientka bude schopna rozeznat příznaky infekce a upozornit na ně sestru.
- Ošetrovatelské intervence: Kontroluj místo vpichu a jeho okolí, dělej převazy dle potřeby. Testuj průchodnost kanyly a vyměň ji dle ošetrovatelského standartu. Sleduj výsledky laboratorních vyšetření. Edukuj o příznacích infekce.
- Hodnocení: Nedošlo ke vzniku infekce, pacientka zná její příznaky.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č.2

- Číselný kód+ název oše. dg.: Riziko pádů (00155)
- Doména 11: Bezpečnost/ochrana

- Třída 2: Fyzické poškození
- Související s: Poruchou rovnováhy z důvodu onemocnění a motáním hlavy související s migrénou.
- Projevující se objektivně: Pacientka se při chůzi přidržuje předmětů a nábytku, vypadá nejistě.
- Projevující se subjektivně: Pacientka se při chůzi cítí nejistá, pociťuje motání hlavy a slabost. Má strach chodit sama do sprchy.
- Očekávané výsledky: Pacientka bude znát rizika spojená s chůzí bez doprovodu a dokáže určit své schopnosti a tělesnou sílu pro chůzi. Pacientka je edukována o signalizačním zařízení. Nedoje ke vzniku pádu do ukončení hospitalizace.
- Ošetrovatelské intervence: Edukuj pacientku o signalizačním zařízení, nutnosti doprovodu při pohybu po pokoji a do koupelny a o následných rizicích pádu. Zajisti bezpečnostní opatření a dohled nad pacientkou.
- Hodnocení: Pacientka zná své dosavadní schopnosti spojené s chůzí a riziko nedodržení pravidel vedoucích k možnému pádu. Používá signalizační zařízení. Nedošlo ke vzniku pádu.

12 KAZUISTIKA ČÍSLO 2

12.1 Anamnéza

Muž 38 let bydlící v Plzni, přijat na neurologickou kliniku FN Plzeň 12.11 v 9:00 hod., na plánovaný příjem pro zopakování každoměsíční léčby. Hospitalizace opakovaná.

Osobní

- Prodělal běžné dětské nemoci, v 18 letech fraktura kotníku, po zahojení žádné problémy.
- Alkohol příležitostně, kávu nepije, kuřák 10 cigaret denně

Rodinná

- Matka 65 let, žije, léčí se pro hypertenzi
- Otec, úmrtí před třemi lety v 68 letech na IM
- Má dva sourozence, setru 32 let, bratr 40 let, oba dva zdraví. Dobrý vztah udržuje pouze s bratrem.

Sociální

- Rozvedený, žije s 15 letým synem v panelovém domě v Plzni.

Pracovní

- Pracuje jako hokejový trenér dětí a juniorů. Předěšlé zaměstnání skladník.

Alergologická

- Neguje

Farmakologická

- Prednison tbl. 1-0-0
- Tritace 1,25 mg tbl. 1-0-0
- Apo Ome 20 mg tbl. 0-1-0

- Caltrate 600 mg tbl. 0-1-0

Stav před onemocněním: Od roku 2010 léčen pro hypertenzi

Současné onemocnění: Roztroušená skleróza

Aktuální lékařská diagnóza: Roztroušená skleróza relaps-remitentní forma

Přidružená lékařská diagnóza: Mírná hypertenze

12.2 Shromažďování subjektivních a objektivních údajů

Fyzikální vyšetření- provedeno pohledem, poslechem, pohmatem, z neurologického hlediska.

- **Vědomí:** Je orientován místem, časem i osobou. Bez kvalitativních a kvantitativních poruch. Nálada dobrá, bez poruch paměti.
- **Hlava a krk:** Oční projevy negují, brýle nenosí. Závratě nemá. Ústní i nosní sliznice fyziologické, bez známek dehydratace. Zuby v pořádku, sluch také.
- **Kosterně-svalový systém:** Mírná porucha stability zapříčiněna poruchou hybnosti pravé poloviny těla. Při chůzi kulhá, jinak soběstačný. Abnormální pohyby neprojeveny. Zhoršená fyzická výkonnost, ale bez únavy.
- **Poloha, postoj:** Při stoji více zatížena levá dolní končetina. Nezaujímá úlevovou polohu.
- **Uropoetický systém:** Bez obtíží.
- **Nervový systém:** Hemiparéza pravé poloviny těla, reflexy zachovány.
- **Imunitní systém:** Žádné projevy infekce.
- **Celkový vzhled, úprava zevnějšku:** Celkový vzhled neupravený, ale čistý, hygienu dodržuje.
- **Kůže:** Hydratována, kožní turgor v normě. Tetování na pravé horní končetině.

Fyziologické funkce

- **TK:** 145/90 (hypertenze)

- P: 84'
- TT: 36,4 °C
- Dechy: 18
- Výška: 180 cm
- Váha: 105 kg
- BMI: 31,7 (mírná obezita)

Kompenzační pomůcky

- Žádné

Požité škály

- GCS: 15
- EDSS: 3 (Postižení výraznější, hybnost a výkonnost dotčena, pracovní schopnost zachována)

12.3 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat na oddělení neurologické kliniky FN Plzeň 12.11 v 9:00 hodin. Ukončení hospitalizace proběhlo 16.11 bez obtíží.

1. Den

Pacient dorazil na oddělení jako plánovaný příjem 12.11 v 9:00 hodin bez doprovodu. Byl mu udělen pokoj sdílený dalšími třemi pacienty. Jako první proběhl odběr ošetřovatelské anamnézy sestrou, která provedla náběry krve, zavedla periferní žilní katétr a edukovala pacienta o právech chodu oddělení. Následně lékař provedl anamnézu lékařskou a informoval pacienta o plánové léčbě v průběhu pobytu v nemocnici. Na základě vypsané ordinace byl nasazen Solu Medrol i.v. Pacient byl velmi neodbytný, stále lanořil sestru o zvýšení rychlosti infuze. Ve zbytku dne byl na pokoji v lůžku a sledoval televizi. Usnul bez problémů.

2. Den

Pacient byl probuzen v 6:30 sestrou, dle zvyklostí oddělení. Provedeno měření fyziologických funkcí pro kontrolu účinku kortikoidů, na léčbu reaguje dobře. Při ranní hygieně

ve sprše si pacient omylem znehodnotil zavedenou kanylu zavaděním rukou o ručník, proto zavedena nová na druhou horní končetinu. Přes den neuváděl žádné obtíže, pouze doufá, že bude co nejrychleji doma. Před obědem podána infuze. V odpoledních hodinách dorazil na návštěvu syn a přinesl mu notebook. Poté až do večera v lůžku, sledoval filmy na notebooku.

3. Den

Pacient se vzbudil okolo sedmé hodiny ráno, vyspal se dobře bez nočního probouzení. Po snídani proběhla konzultace s fyzioterapeutem o cvičebním plánu, na něž pacient přistoupil a začne se praktikovat následující den. Pacient obědval na pokoji, aby se nemusela zastavovat infuze, která mu byla podána před přinesením jídla. Po celé odpoledne až do večera opět v lůžku, sledoval filmy na svém notebooku. Usnul okolo 22:00 hodin.

4. Den

Pacient se po probuzení cítí dobře. Dopoledne přišel fyzioterapeut a učil pacienta vhodné cviky na posílení oslabené části těla. Po skončení cvičení fyzioterapeut prezentuje pacienta jako snaživého, avšak bez hlubšího zapálení, zmínil se prý o znalosti stanovených cviků z minulosti, ale souhlasil s cvičením i pro další den. Podání infuzí nezměněno. Odpoledne proběhlo stejně jako předešlé dny.

5. Den

Pacient se probouzí odpočatý, s dobrou náladou, čeká ho poslední dávka infuzí, tak se těší domu. Při ranní lékařské vizitě sdělena informace o propuštění, pacient byl také edukován o následném terapeutickém plánu a jeho další kontrole. Dopoledne proběhlo cvičení s fyzioterapeutem, který také doporučil vhodné aktivity odpovídající úrovni pacientovu stavu. Následně podána infuze, po dokapání vyndán periferní žilní katétr. Po obědě už byl pacient sbalený a připravený na odchod. V 13:30 byl pacient propuštěn.

12.4 Sběr dat dle Marjory Gordonové

Vnímání a udržování zdraví

Onemocnění zjištěno před 10 roky, postupné zhoršování stavu pohyblivosti pravé horní a dolní končetiny, po infuzích stav stabilizován. Co má největší váhu na vzniku onemocnění nedokáže říct. Diagnóza sdělena lékařem ve FN Plzeň, zjišťování proběhlo v FN Motol v Praze. Během konzultací s lékařem dostal možnost rozhodnout o své léčbě. Lékaři v nemocnici se mu často mění, ale o doktoru na ambulanci, s kterým je v kontaktu nejčastěji, mluvil pozitivně, je dostatečně informován. Léčba v domácím prostředí, léky per.os, jinak dochází po šesti týdnech na infuze do nemocnice, terapii dodržuje, s ničím nemá problém,

bez význačných obav, strachu. S nemocí se smířil, dle jeho slovního vyjádření nemá na vybranou. Na kontroly dochází pravidelně po půl roce. Dříve hodně sportoval, snaží se i nyní, ale nemoc přináší značná omezení. Jelikož vyučuje děti hokej, je nucen na trénincích bruslit, snaží se vždy danou tréninkovou hodinu vydržet, občas dostává bolest do nohy.

Výživa

Dietu nemá ani žádnou neдрží. Oblíbené jídlo špagety a segedýnský guláš. Zdravou stravu neřeší, ale ví, že by měl mít zdravější jídelníček. Od propuknutí nemoci příbytek na váze, z důvodu omezení pohybu. Za den přijme 2 litry spíše sladkého pití, kávu nepije, alkohol příležitostně, například na festivalech. Výška 180, váha cca 105 kg. Stav kůže a vlasů nezměněny. Nemocný není, minimálně jednou za dva roky.

Vylučování

Zácou netrpí, průjmy také ne. Chodí ráno pravidelně, večer občas. Obtíže při močení neuvádí. Na vyšetření urografie nebyl a ani neví, co tento výraz znamená.

Aktivita, cvičení

Jeho syn hraje hokej, tudíž většinu svého volného času tráví na zimních stadionech, podporuje ho, jezdí s ním do Karlových Varů i na zápasy. Práci, trénování hokeje, má i jako koníček. Jógu nepraktikuje, má na ni ironický pohled. Relaxuje díváním se na sport v televizi. Syn ho nabíjí pozitivní energií, hodně pro něj znamená. Pohyb má nejlepší vliv na zlepšování zdravotního stavu. Při chůzi kulhá. Na rehabilitace docházel, zde ho edukovali o správném provádění cviků, následně je doma provádí sám, některé prý nezvládá.

Spánek, odpočinek

Spánek kvalitní, výjimečně se probouzí. Žádné spánkové rituály, ani medikamenty. Chodí spát o půlnoci a vstává v sedm hodin ráno. Po probuzení se cítí spíše unavený. Spí i po obědě, spíše v zimním období. V průběhu dne, záleží na aktivitě, také odpočívá a to spánkem.

Vnímání, poznávání

Zrak zhoršen, ale neví, zda díky nemoci. Brýle nenosí. Kognitivní funkce nezměněny. V práci se soustředí bez obtíží. Bolest nepocituje, občas záda, při velké námaze trochu noha.

Sebepojetí, sebeúcta

Sám sebe nedokáže popsat. Negativní emoce momentálně nemá, pouze se těší se domu. Depresemi netrpí. Pohled na sebe samotného nemoc nezměnila, taktéž rodina a okolí.

Role-vztahy

Bydlí sám se synem, který o nemoci ví, zaměstnavatel taktéž. Rodina přijala nemoc normálně, vztahy v rodině nijak nenarušeny. Pacient byl nucen zrušit předešlé zaměstnání, v kterém po celou pracovní dobu pouze stál. Do společnosti chodí rád, hlavně v létě na rockové festivaly.

Sexualita-reprodukce

Intimní život bez problémů. Má pouze jednoho syna, další děti nechce.

Stres-zátěžové situace

Největšími změnami způsobenými nemocí jsou změna zaměstnání a omezení sportování. Ve stresu není, pouze občas běžné trable se synem, který je v pubertě. Antidepresiva neužívá.

Víra, životní hodnoty

Největší hodnotu má pro něj syn. Jeho nejdůležitější cíl je zaměření na synovu budoucnost. Hlavně aby dodělal školu a byl zdravý, o sobě pacient nehovořil. Víru nevyznává.

Jiné

Nic neuvedeno.

12.5 Plán ošetřovatelské péče

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č.1

- Číselný kód+ název oše. dg.: Neefektivní udržování zdraví (00099)
- Doména 1: Podpora zdraví
- Třída 2: Management zdraví
- Související s: Životním stylem pacienta

- Projevující se objektivně: Pacient kouří, konzumuje nevhodné potraviny, nedostatečný pohyb, má nevyhovující reakce na změny svého zdravotního stavu. Bagatelizování nutnosti změny životního stylu.
- Projevující se subjektivně: Povědomí o nutnosti zdravého životního stylu v souvislosti s onemocněním, ale bagatelizuje.
- Očekávané výsledky: Pacient bude usilovat o své zdraví, bude znát faktory nezbytné pro zlepšení svého stavu, ale i ty, které jeho zdraví momentálně zatěžují. Omezí návykové látky a efektivně zareaguje v zátěžových situacích. Bude respektovat rady a informace z vnějšího prostředí. Zmiňované aspekty budou splněny do konce hospitalizace.
- Ošetrovatelské intervence: Určí zdravotní rizika pacienta a obeznámi ho s nimi. Edukuj o nutnosti zlepšení životního stylu a faktory, které tomu napomůžou. Určí dosavadní možnosti boje se závislostí a navrhní vhodná opatření. Najdi vhodný způsob komunikace, který povede k empatii a zároveň respektu.
- Hodnocení: Pacient si uvědomuje negativní stránky svého životního stylu a zná faktory pro jeho zlepšení. Respektuje rady a zajímá se o podané informace. Uvažuje o omezení kouření.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č.2

- Číselný kód+ název oše. dg.: Zhoršená chůze (00088)
- Doména 4: Aktivita/odpočinek
- Třída 2: Aktivita/cvičení
- Související s: Onemocněním
- Projevující se objektivně: Pacient při chůzi kulhá, chůze nejistá.
- Projevující se subjektivně: Pacient udává nejistotu při chůzi.
- Očekávané výsledky: Pacient bude schopen pohybovat se samostatně bez omezení. Pacient bude znát bezpečnostní opatření a rizikové faktory vedoucí k pádu. Pacient využije možnost cvičení s rehabilitačním pracovníkem.

- Ošetrovatelské intervence: Zhodnot' funkční úroveň soběstačnosti pacienta, posuď stupeň postižení, reaguj na emoční reakce pacienta. Dbej na bezpečnost a prevenci pádů, přizpůsob tomu prostředí. Konzultuj s fyzioterapeutem individuální program.
- Hodnocení: Pacient je samostatný, bez problémů se pohybuje po pokoji, při nutnosti výpomoci používá signalizační zařízení, jelikož zná rizikové faktory vedoucí k pádů a vyhýbá se jim. Spolupracuje s fyzioterapeutem.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č.3

- Číselný kód+ název oše. dg.: Neefektivní popírání (00072)
- Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže
- Třída 2: Reakce na zvládání zátěže
- Související s: Popíráním onemocnění
- Projevující se objektivně: Objektivní příznaky zjištěny především při rozhovoru, pacient minimalizuje své obtíže, bagatelizuje je. Gesta a odpovědi značily nepříjemné pocity při konverzaci o tísnivých skutečnostech a faktech, které si pacient nechce připustit. Špatné srovnání preferencí.
- Projevující se subjektivně: Úmyslné vytlačování strachu z nemoci a jejích následků. Necítí se nemocný.
- Očekávané výsledky: Pacient bude dostatečně informovaný o průběhu a prognóze onemocnění. Bude se stavit ke svému onemocnění pozitivně v reálné podobě. Nebude se vyhýbat tématům ohledně jeho onemocnění a bude edukovaný o RS centrech a možnosti docházení do RS skupin.
- Ošetrovatelské intervence: Informuj dostatečně pacienta v rámci své kompetence o onemocnění, průběhu hospitalizace, výsledcích vyšetření apod. Mluv s pacientem otevřeně a upřímně, dej mu správný pohled na onemocnění. Zajímej se o jeho pocity a emoce, měj empatický přístup. Edukuj o nynějších možnostech RS center a o pozitivních docházení do RS skupin.
- Hodnocení: Pacient je dostatečně informovaný, má na své onemocnění jiný pohled. Je sdílnější a komunikativnější. O RS skupiny nejeví zájem.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č.1

- Číselný kód+ název oše. dg.: Riziko zácpy
- Doména 3: Vylučování a výměna
- Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému
- Související s: Nedostatečnou aktivitou v průběhu hospitalizace
- Projevující se objektivně: Pacient přes den převážně v lůžku, sleduje filmy na notebooku, nemá aktivní pohyb. Nedostatečný příjem tekutin.
- Projevující se subjektivně: Pacient neuvádí žádné problémy.
- Očekávané výsledky: Pacient chápe rizikové faktory a vhodná řešení individuální situace. Vyprazdňuje se pravidelně, konzistence stolice v normě. Nedojde ke vzniku zácpy do ukončení hospitalizace.
- Ošetrovatelské intervence: Zajímej se o vyprazdňování pacienta a dělej zápisy do dokumentace. Zhodnot' dostatečnost příjmu tekutin a vhodnost potravin. Zjisti si o vedlejších účincích léků, které pacient užívá. Pouč o nutnosti doplňování tekutin, konzumaci vhodných potravin, a především zvýšení pohybu v rámci možností pacienta.
- Hodnocení: Nedošlo ke vzniku zácpy, pacient se vyprazdňuje pravidelně, stolice fyziologická. Pacient je edukován o nutnosti zvýšení příjmu tekutin a vhodných potravinách, snaží se více pohybovat, jelikož bere na vědomí rizikové faktory.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 2

- Číselný kód+ název oše. dg.: Riziko infekce (00004)
- Doména 11: Bezpečnost/ ochrana
- Třída 1: Infekce
- Související se: Zavedeným periferním žilním katétrem

- Projevující se objektivně: Znatelné příznaky vzniku infekce, bolest v místě vpichu, zarudlé okolí místa vpichu, otok, zvýšená tělesná teplota a změny v laboratorních hodnotách.
- Projevující se subjektivně: Bolest a pálení v místě vpichu, zhoršená pohyblivost končetinou.
- Očekávané výsledky: Nedojde ke vzniku infekce do 3 dnů. Pacient bude schopen rozeznat příznaky infekce a upozornit na ně sestru.
- Ošetrovatelské intervence: Kontroluj místo vpichu a jeho okolí, dělej převazy dle potřeby. Testuj průchodnost kanyly a vyměň ji dle ošetrovatelského standartu. Sleduj výsledky laboratorních vyšetření. Edukuj o příznacích infekce.
- Hodnocení: Nedošlo ke vzniku infekce. Pacient byl poučen o příznacích infekce.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č.3

- Číselný kód+ název oše. dg.: Riziko pádů (00155)
- Doména 11: Bezpečnost/ochrana
- Třída 2: Fyzické poškození
- Související s: Zhoršenou chůzí
- Projevující se objektivně: Pacient má zhoršenou chůzi a rovnováhu.
- Projevující se subjektivně: Pacient kulhá, občas se cítí při chůzi nejistý, musí zastavit, má slabou pravou polovinu těla.
- Očekávané výsledky: Pacient se bude pohybovat sám. Bude znát rizikové faktory a bezpečnostní opatření, bude je dodržovat. Nedojde ke vzniku pádu do ukončení hospitalizace.
- Ošetrovatelské intervence: Doporuč konzultaci s fyzioterapeutem o správných cvičebních technikách a edukuj o rizikových faktorech a bezpečnostních opatřeních. Zhodnot' vhodnost prostředí a přizpůsob ho pro bezpečný pohyb.

- **Hodnocení:** Nedošlo ke vzniku pádu, pacient je edukován o rizikových faktorech, bezpečnostních opatřeních a dodržuje je. Po konzultaci s fyzioterapeutem chůze nezměněna, avšak pacient rozšířil svou znalost v oblasti rehabilitačních cviků.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č.4

- Číselný kód+ název oše. dg.: Zhoršená pohyblivost (00085)
- Doména 4: Aktivita/odpočinek
- Třída 2: Aktivita/cvičení
- Související s: Zhoršenou chůzí a nedostačující aktivitou při hospitalizaci
- Projevující se objektivně: Chůze zhoršená, omezená. Zhoršená úroveň hrubé motoriky v pravé polovině těla.
- Projevující se subjektivně: Pacient uvádí od propuknutí nemoci zhoršující se stav pravé poloviny těla.
- Očekávané výsledky: Pacient bude spolupracovat s fyzioterapeutem a osvojí si prováděné techniky, které bude vykonávat i po propuštění. Bude posilovat slabší polovinu těla a zvyšovat svalovou sílu i poloviny zdravé. Bude znát následky při neaktivitě a odmítnutí pohybového režimu.
- Ošetrovatelské intervence: Doporuč fyzioterapeuta a apeluj na nutnost provádění cvičebních technik. Zmiň se o možných následcích při nedodržování léčebného režimu.
- **Hodnocení:** Pacient spolupracuje s fyzioterapeutem a jako dlouhodobý cíl si určil provádění cvičebních technik i v domácím prostředí. Ví o možných následcích při nedostatečné aktivitě a respektuje to.

DISKUZE A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Podstatou mé bakalářské práce bylo zpracování dvou plánů ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu dle modifikace modelu „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové. Potřebná data pro vytvoření praktické části byla získána ze sesterské a lékařské dokumentace, kde byly všechny nezbytné informace, především pro anamnestickou část. Díky pozorování a rozhovoru jsme získali subjektivní i objektivní pohled na jednotlivé oblasti modelu, navazujícího na stanovení ošetrovatelských diagnóz, které jsme pro kontrolu správného určení dohledali v taxonomii NANDA II International. Jako celek nám ošetrovatelský proces poskytl kompletní dosažení a splnění předem určených cílů bakalářské práce. K vyhodnocení jsem došla pomocí následně popsanych a rozebraných technik.

Porovnání muže a ženy s RS stálo na pěti pilířích, první z nich byla anamnéza. Muž byl o pět let starší než žena. Důvod hospitalizace byl odlišný, žena byla přijata z důvodu ataky a muž pro opakování každoměsíční léčby, jelikož trpěl nemocí o sedm let déle. Muž byl kuřák a nekonzumoval kávu, narodil se od ženy, která byla nekuřačka, ale vypila až tři šálky kávy denně, v obou případech byly návyky nevhodné. Oba dva měli negativní zásah v rodině, matka ženy trpěla rakovinou prsu, těžce to nese, a mužův otec umřel na IM už před delší dobou. Rozdíl je i v sociálním životě, kde žena je vdaná, bydlí společně s manželem a je bezdětná, muž je rozvedený a vychovává sám syna. Z hlediska zaměstnání má vhodnější výběr muž, pracující jako hokejový trenér. Práce je to aktivní a časově nenáročná, což je opakem jeho práce předešlé, kde byl skladníkem a dal zde výpověď z důvodu zhoršujících se projevů nemoci. Žena prozatím zaměstnání nezměnila, i když ví, že je nevhodné. Jako řidička kamionu většinu času prosedí a pocítuje stres, spíše psychický. Formu aktuální lékařské diagnózy, roztroušené sklerózy, mají stejnou. Jinak jsou na tom přidružená onemocnění, žena má hypotyreózu a migrény, muž trpí hypertenzí.

Druhým pilířem je shromažďování objektivních a subjektivních údajů, které jsme získali pomocí fyzikálního vyšetření a byli odhaleny odlišnosti. Žena má zhoršenou paměť, používá brýle, má nutkání na močení, závratě a hypestézii, tyto aspekty muž neprojevuje. Hůř je na tom naopak z pohybové stránky, tu má nekvalitní v pravé polovině těla, trpí mírnou hemiparézou, kulhá a to narušuje i postoj těla. Krevní tlak mají zvýšený oba, avšak muž jako projev hypertenze a žena jako vedlejší účinek kortikosteroidů ještě společně s tachykardií. Muž má zvýšené BMI, žena nikoliv. Při hodnocení EDSS získala žena 2. stupeň postižení, muž skončil ještě o stupeň hůř s 3. stupněm stavu invalidity.

Dalším je průběh hospitalizace, který byl diferenciován především z důvodu jiné úrovně zkušenosti s nemocí. Toto tvrzení jsem měla možnost porovnat s jinou kvalifikační prací z roku 2018, v které byla navíc poznámka i o důležitosti času diagnostikování. Žena vyžadovala soukromí, prožívala spíše negativní emoce, budila se unavená a bála se prognózy. Muž strávil pobyt v nemocnici v poklidu, byl neaktivní, na rozdíl od ženy, která byla snaživá, ale i přes to musel být její pobyt v nemocnici prodloužen, díky vzniklým nepříznivým projevům spojených s podáním kortikosteroidů. Z nemocnice si muž odnesl pozitivní zkušenost s fyzioterapeutickým cvičením, žena zkušenost v boji s nemocí.

Nyní se zaměříme na čtvrtý pilíř, jímž je rozebírání funkčního vzorce zdraví, který je k dosažení cíle bakalářské práce klíčový, jelikož zde mohlo být uplatněno objektivního pohledu a tudíž i hlubšího rozboru respondentů. Prioritním důvodem odlišnosti v této části je především lidský charakter a vlastnosti, vyjadřovány respondenty při rozhovoru. U ženy bylo zřejmé už od první otázky nepřipouštění si onemocnění, poněvadž se prozatím na RS neléčí. Měla teprve druhou ataku od propuknutí, a to jí může dávat milné naděje, jak i sama řekla, neuvědomuje si, že by byla nemocná. Za hlavní spouštěče onemocnění označila stres a únavu, prožívaný v práci. Snaží se dodržovat zdravý životní styl, hodně jí na něm záleží, ví že to má na zlepšení onemocnění velký vliv, ale také ví, že její práce do tohoto vzorce nezapadá. Muž působil naopak uzavřeně bez zájmu, ve fázi popření. Nemoc přijal, ale nijak více se jí nezabývá, příčinou, budoucností apod. Nedokázal určit, co má největší váhu na vzniku onemocnění. V léčbě nemá s ničím problém, žádné obavy ani strach. Aktivita odrážející se od druhu povolání, je vhodnější u mužského pacienta. Jako hokejový trenér má pohyb pravidelnější než žena, jenž většinu pracovní doby sedí v autě, ale i přes tuto skutečnost má pestřejší koníčky a náplň volného času. Muž únavou netrpí, když už přijde vyřeší ji spánkem, stejně jako žena, avšak ta je unavená často, po probuzení i v průběhu dne, často po řízení. U obou respondentů pohyb prospívá jejich zdravotnímu stavu. Se spánkem má potíže pouze žena. Často se v noci budí a po probuzení se cítí unavená a neschopná aktivity. Muž je vůči depresi a negativním emocím odolný, těmto pocitům zatím podléhá žena. V posledním měsíci po onemocnění matky deprese prohloubena, nese za to vinu. Mnohokrát je i ve stresu, vyvolaném opět prací. Muž jeho stylem postojí k nemoci získal jakousi výhodu ve vyhýbání se milným faktům o RS, kterým se poddala žena. Po sdělení diagnózy se zhroutila. Následně se dala lepším směrem a získávala si informace z časopisů a internetových stránek na RS zaměřených, muž je k těmto zdrojům bez zájmu. Ani jeden z respondentů nevyužívá služeb psychoterapeuta a nedochází do RS skupin. Významnou hodnotou v životě je pro

ženu zdraví a spokojenost. Jejím cílem je mít dítě a především být zdravá. Muž myslel ve všech směrech pouze na syna, na sebe nebral ohled. Z pohledu výzkumníka popisujeme ženu jako otevřenou, upřímnou, sdílnou, se zájmem hovořit o jejích problémech a respektujíc přijmout pomoc a názor jiné osoby. Po celou dobu rozhovoru naslouchala, přijala empatické jednání a nebránila se projevit své emoce. Muž, i když působil sympaticky a mile, byl uzavřený a odpovídal v krátkých větách, nijak nerozvíjel rozhovor, což působilo dojmem nezájmu z jeho strany.

Jako poslední srovnávací bod jsme vybrali potenciální ošetrovatelskou diagnózu společnou pro oba respondenty. Riziko pádu vzniklo u muže z důvodu jeho zhoršené pohyblivosti, podobně je na tom žena, u které pád hrozí při poruše rovnováhy jako následek ataky. Tímto se pojednání shoduje s tvrzením z diplomové práce 2011, a to že všechny informanty omezuje RS nejvíce po fyzické stránce, což se odráží do dalších oblastí, v případě dotazovaných v tomto výzkumu únava a nutnost změny zaměstnání.

V kvalifikační práci z roku 2018, se autor zmínil o minimálním rozlišení poskytované ošetrovatelské péče pacientům s RS a to i přes relativní odlišení jeho respondentů (shodně muže a ženy), které sledoval jak z hlediska ošetrovatelského, tak z hlediska duševního. S tímto prohlášením nesouhlasí výsledek mého výzkumu, v kterém byl nejvíce znatelný rozdíl mezi mužem a ženou právě po duševní stránce. Pro dosvědčení proběhla konzultace s atestovanou RS sestrou, která ratifikovala pravdivost mého závěru. Sestra by měla být všímavá, pozorná, se schopností rozeznat pacienta s obtížemi a najít jejich ohnisko vzniku. Je důležité zabývat se dynamikou vztahů v celé rodině, doptávat se zda jsou ženatí, mají partnery, děti, či dítě chtějí, a dosáhnout tak zničení bariér, které pacienti mají. U mužů častěji po sexuální stránce, u žen spíše bloky psychické. Uvědomme si fakt, že muž a žena jsou odlišné bytosti a je potřeba podle toho i příkladně jednat.

ZÁVĚR

Jako výstup do praxe jsem v souvislosti s hlavním cílem práce a smysluplným přínosem jak pro RS sestry, tak ostatní zdravotníky, zvolila prezentaci na téma „Role RS sestry z pohledu studenta“, kterou jsem přednesla ve FN Plzeň NLZP neurologické kliniky na klinickém semináři pod dohledem mé vedoucí práce. Tento název jsem zvolila z důvodu důležitosti RS sestry pro nemocného, jelikož jejím úkolem je na základě intuice odhadnout obtíž, kterou nemocný skrývá a následně s ním dle toho jednat, hovořit a pokládat otázky. Tímto výstupem do praxe jsem se snažila předat poznatky z mého výzkumu, jimiž byly odlišné intervence sestry v přístupu k ženě a muži a dát tak nový pohled na toto téma, které poukazuje na potřebu individuálního jednání.

RS sestra jako prostředník mezi lékařem i ostatním multidisciplinárním týmem, má předávat potřebné informace o nemocném a v rámci svých postřehů i navrhnout vhodná opatření, co se týče fyzioterapie, psychologie, ale třeba i gynekologie a urologie, jelikož se nemocní právě RS sestrám svěřují nejvíce. Dalším posláním bylo přivést RS sestru i do povědomí ostatních zdravotníků a zlepšit tak komunikaci i spolupráci mezi nimi. RS sestra, ale i sestry z jiných odvětví by měly mít znalosti a dovednosti podstatné pro komunikaci a celkový holistický přístup k pacientům s RS a i jiným, vážně nemocným. Bohužel lůžková neurologická oddělení z důvodu neodpovídajícího poměru počtu personálu ku počtu nemocným nemají možnost poskytovat tolik individuální péče pacientům a prozatím neodpovídají kvalitě poskytované péče o RS nemocné jaká je jim poskytována v MS centrech. Avšak jak jsem zmínila v problematice výzkumu, kapacita MS center je omezena. Proto doufám, že se situace do budoucnalepší a rozvoj v ošetrovatelství půjde kupředu stejně efektivně jako v lékařství.

Věřím, že tomuto posunu dopomůže i má bakalářská práce a poskytne tak ucelený náhled na pacienty s roztroušenou sklerózou. Uvědomuji si, že je tento výzkum založen pouze na dvou pacientech, což je pro stanovení závěrů malý vzorek. Ale myslím si, že jsem i přes tuto skutečnost získala stěžejní informace pro přenesení mé myšlenky do praxe. Ať už RS sestra, neurologická sestra, či rodina, musí pochopit rapidní změnu v životě diagnostikovaného RS, což se může projevat změnou chování a jiných zažitých životních scénářů. Je potřeba za to nemocného neodsuzovat, nelitovat ho a dát mu vlastní prostor, ale i pomocnou ruku při boji s nemocí. Přála bych si, aby si každý nemocný našel ve své diagnóze i pozitivní stránku a dal tak svému životu novou, v mnoha ohledech i lepší kvalitu života.

SEZNAM LITERATURY

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: Učebnice pro lékařské fakulty. Sedmé vydání. 7. vydání.* Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. PhDr. BANÝROVÁ, Pavla a Mgr. Jana TOMANOVÁ PH.D. *Peer to Peer pro pacienty s roztroušenou sklerózou.* Praha, 2018.
3. BÁRTOVÁ, Lucie. *Kvalita života osob s roztroušenou sklerózou.* Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková, Ph.D.
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie: Třetí, upravené a doplněné vydání. 3. vydání.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.
5. Dobrá rada a Kolektiv autorů. *Průručka pro pacienty s roztroušenou sklerózou.* Olomouc: SOLEN, 2018. ISBN 978-80-7471-223-4.
6. FERDA, Jiří a [et al.]. *Základy zobrazovacích metod.* Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-749-2164-3.
7. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů. 2. vydání.* Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1491-5.
8. FIEDLER, Jiří a kol. *Mezioborová péče o pacienty s roztroušenou sklerózou : jak správně pečovat o pacienta s roztroušenou sklerózou.* Olomouc: Solen, 2015. ISBN 978-80-7471-119-0.
9. FULLER, Geraint a Jarmila VAŇÁSKOVÁ. *Neurologické vyšetření snadno a rychle.* Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-1914-2.
10. GRIM, Miloš, Rastislav DRUGA a et al. *Základy anatomie: 4a, Centrální nervový systém. 2. vydání.* Praha: Galén, Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2802-8.
11. GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie: 4b Periferní nervový systém, smyslové orgány a kůže. 2. vydání.* Praha: Galén, Karolinum, 2015. ISBN 978-80-7492-156-8.
12. HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza. 2. rozšířené vydání.* Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-187-5.
13. HAVRDOVÁ, Eva. Možnosti léčby roztroušené sklerózy a nové studie. *Lékařské listy.* 2010, **2010**(9), 3-5.

14. HAVRDOVÁ, Eva a kol. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-3154-7.
15. HAVRDOVÁ, Eva et al. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015. ISBN 9788074921896.
16. HORÁKOVÁ, Dana a kol. *Autoimunity nervového systému v kazuistikách*. Mladá fronta, 2017. ISBN 9788020445728.
17. HORÁKOVÁ, Dana. Roztroušená skleróza- naše současné možnosti při diagnostice, stanovení prognózy nemoci a sledování efektivity léčby. *Neurologie pro praxi*. Praha, 2011, **13**(4), 265-269.
18. Lucie JAKEŠOVÁ. *Roztroušená skleróza jako nucený životní styl*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Matlasová.
19. JANÁČKOVÁ, Laura. *Ač máš eReSku, nepromadej stesku*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4668.
20. KECLÍKOVÁ, L., M. HOSKOVCOVÁ a O. GÁL. Možnosti pohybových aktivit u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšni. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2014, **77**(1), 23-28.
21. Jana KOVÁŘÍKOVÁ. *Role sestry v primární péči o pacienta s roztroušenou sklerózou*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.
22. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
23. NOVÁK, Michal. *Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou*. Plzeň, 2018. Bakalářská práce. Západočeská univerzita Plzeň. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Posseltová.
24. PIŤHA, Jiří, Jana VOJTÍŠKOVÁ a Norbert KRÁL. *Roztroušená skleróza : doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2017. ISBN 978-80-86998-88-6.
25. ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana a a kol. *Moderní farmakoterapie v neurologii: Druhé rozšířené vydání*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-529-3.
26. TÓTHOVÁ, Valerie a a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
27. VALIŠ, Martin, Zbyšek PAVELEK a kol. *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-573-6.

28. VANĚČKOVÁ, Manuela a Zdeněk SEIDL. *Roztroušená skleróza a onemocnění bílé hmoty v MR zobrazení*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 9788020446879.
29. MUDR. ZAPLETALOVÁ, Olga. Farmakoterapie a těhotenství u ženy s roztroušenou sklerózou. *Farmakoterapie: Farmakoterapeutické postupy*. 2017, **13**(6), 889-892.
30. Kateřina ZÁVODNÍ. *Kvalita života jedinců s roztroušenou sklerózou a jejich rodin*. Praha, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Bc. Lenka Exnerová.
31. ČEJKOVÁ, Lenka. Konopím proti roztroušené skleróze. *Vitalia* [online]. 2017 [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: https://www.vitalia.cz/clanky/konopim-proti-roztrousene-skleroze/?utm_medium=kolotoc&utm_source=vitalia-cz&utm_campaign=konopim-proti-roztrousene-skleroze
32. MITCH, Leslie. An elusive molecule that sparks multiple sclerosis may have been found. *Sciencemag* [online]. Biology, Health, 2018 [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <https://www.sciencemag.org/news/2018/10/elusive-molecule-sparks-multiple-sclerosis-may-have-been-found>
33. MUDR. PIŤHA, Jiří. Strategie zahájení léčby roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi* [online]. 2016, **17**(4), 236-239 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://neurologiepropraxi.cz/>
34. NYTROVÁ, P. a D. HORÁKOVÁ. Neuromyelitis optica. *Cesk Slov Neurol* [online]. 2015, 130-137 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.14735/amesnn2015130. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/neuromyelitis-optica-51561?confirm_rules=1
35. RS centra. *Erestymcr* [online]. Kladno [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://www.erestymcr.cz/zivot-s-rs/rs-centra>
36. Sestry v akci. *Sestravakci* [online]. 2018 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <http://www.sestravakci.eu/>
37. Symptomatická léčba roztroušené sklerózy. *Nfimpuls* [online]. Praha [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <https://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/o-roztrousene-skleroze/139-symptomaticka-lecba-roztrousene-sklerozy>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Povolení sběru informací	73
Příloha B Informovaný souhlas	74
Příloha C Výstup do praxe část 1	74
Příloha D Výstup do praxe část 2	74
Příloha E Potvrzení o výstupu do praxe	74

PŘÍLOHY

Příloha A Povolení sběru informací



Vážená paní
Eliška Králová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Utvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách / ošetřovatelských postupech používaných u pacientů Neurologické kliniky (NERV) FN Plzeň. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Ošetřovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou“.

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

- Vrchní sestra osloveného pracoviště 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 dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době Vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Mgr. Lucie Rosseltové, vrchní sestry NERV FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

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

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

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

25. 9. 2018

Příloha B Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou.

STUDENT

Eliška Králová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
eliska.kralova11@seznam.cz

VEDOUcí BP:

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

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjištění odlišnosti pohledu na změny v kvalitě života muže a ženy s roztroušenou sklerózou.

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:.....

Role RS sestry z pohledu studenta.



Zpracovala: Eliška Králová
Fakulta: FZS, KOS, Všeobecná sestra
Datum: 13.3.2019

Kdo to je RS sestra?

- Specializovaná sestra, která má zaměření na pacienty s RS.
- Úkoly: Být prostředníkem mezi P a L.
 - : Upozorňuje lékaře.
 - : Uklidňovat, vytvořit příjemné prostředí.
 - : Edukace, kterou musí ovládat.
 - : Být „sestrou v akci“.

Výtyčené role

- Role poradkyně
- Role komunikátorky
- Role edukátorky
- Role pomocnice
- Role návrhvatelky

Poznatky z výzkumu

- Postavení k nemoci a její přijetí nejvíce závisí na premorbidní osobnosti.
- Muž si staví ochranné zdi.
- Žena má prohloubené emoce.
- Muž a žena jsou rozdílné bytosti. Je potřeba individuálního přístupu ke každému pohlaví.

Intervence muž

- Jednej empaticky.
- Přistupuj jemně a opatrně.
- Pokládej otevřené otázky.
- Snaž si získat důvěru.
- Dej čas na vstřebání.
- Směřuj a naviguj pacienta, aby byl schopen náhledu na svůj životní scénář.

Intervence žena

- Dej prostor pro projevení emocí a pocitů.
- Naslouchej.
- Dej pocit bezpečí.
- Z objektivních poznatků zmapuj problémy a navrhní vhodná opatření.

Příloha D Výstup do praxe část 2

Motivace

- Život s RS nekončí, je potřeba se stále těšit a radovat.
- Neustále se otvírají nové možnosti léčby a pomoci.
- Život pacienta s RS dostává naopak novou kvalitu.
- Zastav se- přemýšlej- měň!
- Mít zdravé sobectví.
- O své budoucnosti si každý rozhoduje sám.

„Máš právo cítit se tak, jak se cítíš.
Ty jsi také ten, kdo s tím může
něco udělat.
Nabízím ti svou podporu.“

DĚKUJI ZA POZORNOST.



Zdroje

- PRAŽÁKOVÁ, Šárka, ed. Život jako skládačka. *RS KOMPAS*. 2018, (4), 2-11.
- Slunečnice symbolizuje roztroušenou sklerózu. www.iroszhas.cz [online]. Praha, 2017, 6.6.2017 [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: <https://www.iroszhas.cz/zivotni-styl/zdravi/slunečnice-symbolizuje-roztroušenou-sklerozu-zarive-kvetiny-verejne-parky/1708080922-rez>
- Volné pracovní místo- všeobecná zdravotní sestra. In: www.beskydfm.cz [online]. BESKYD DZR, 2019 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://www.beskydfm.cz/content/volne-pracovni-misto-vseobecna-zdravotni-sestra>

Příloha E Potvrzení o výstupu do praxe

POTVRZENÍ O PREZENTACI VÝSTUPU Z BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

NÁZEV PRÁCE:

Ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou.

NÁZEV PREZENTACE:

Role RS sestry z pohledu studenta.

STUDENT:

jméno: Eliška Králová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: eliska.kralova11@seznam.cz

VEDOUcí BP:

jméno: Mgr. Lucie Posseltová

Neurologická klinika FN Plzeň

e-mail: posseltoval@fnplzen.cz

Potvrzuji, že jsem odprezentovala výstup z mé bakalářské práce dne 21.3. 2019 ve FN Plzeň na klinickém semináři pro NLZP Neurologické kliniky pod dohledem mé vedoucí práce Mgr. Lucie Posseltové.

Podpis studenta:Datum:

Potvrzuji, že studentka odprezentovala výstup z bakalářské práce dne 21.3. 2019 ve FN Plzeň na klinickém semináři pro NLZP Neurologické kliniky pod mým dohledem.

Podpis vedoucího práce:Datum: