

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Hana Krůtová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Hana Krůtová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

PLZEŇ 2015

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

V Plzni dne 20. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Poděkování patří i klientce, o které práce pojednává, za výbornou spolupráci.

Anotace

Příjmení a jméno: Krůtová Hana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: roztroušená skleróza, ataka, demyelinizace, magnetická rezonance, vyšetření likvoru, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí při onemocnění roztroušenou sklerózou. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je stručně popsána historie, výskyt, klinický obraz, diagnostika, průběh a léčba roztroušené sklerózy. Je zde zmíněna i sociální problematika, otázka těhotenství a nastíněna prognóza nemoci. V praktické části je vypracována kazuistika pacientky s roztroušenou sklerózou, popsán ošetrovatelský proces a sestaven plán ošetrovatelské péče.

Annotation

Surname and name: Krůtová Hana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care of patients with multiple sclerosis

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 21

Keywords: multiple sclerosis, attack, demyelination, MRI, CSF examination, nursing care

Summary:

This Bachelor thesis deals with nursing care for diseases with multiple sclerosis. It is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part briefly describes the history, incidence, clinical presentation, diagnosis, process and treatment of multiple sclerosis. Social issues, the question of pregnancy and outlined prognosis of the disease is also mentioned here. In the practical part you can find elaborated case study of a patient with multiple sclerosis, description of the nursing process and also the nursing plan is drawn up here.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA	12
1.1 Historie.....	12
1.1.1 Lékařský výzkum	12
1.2 Epidemiologie	12
1.2.1 Faktory prostředí	13
1.2.2 Věk a pohlaví.....	13
1.2.3 Genetické faktory	13
1.3 Etiopatogeneze.....	13
1.4 Klinické příznaky.....	13
1.4.1 Poruchy vize – optická neuritida.....	13
1.4.2 Poruchy hybnosti	14
1.4.3 Vestibulocerebelární poruchy.....	14
1.4.4 Poruchy sfinkterů.....	14
1.4.5 Senzitivní poruchy.....	14
1.4.6 Únava.....	15
1.4.7 Příznaky ovlivňující stav psychiky.....	15
1.5 Průběh roztroušené sklerózy	15
1.6 Typy roztroušené sklerózy	16
1.6.1 Relaps remitentní forma	16
1.6.2 Primárně progresivní forma.....	16
1.6.3 Sekundárně progresivní forma.....	16
1.6.4 Relabující progresivní forma	16
2 DIAGNOSTIKA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY	17
2.1 Vyšetření magnetickou rezonancí.....	17
2.2 Vyšetření mozkomíšního moku	17
2.3 Vyšetření evokovaných potenciálů.....	18
2.4 Oftalmologické vyšetření.....	18
3 LÉČBA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY	19
3.1 Léčba v období akutní ataky	19
3.2 Léčba omezující aktivitu nemoci	19
3.3 Symptomatická léčba roztroušené sklerózy.....	20
3.4 Psychoterapie u roztroušené sklerózy.....	21
3.5 Režimová léčba a životospráva.....	22
4 TĚHOTENSTVÍ A ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA.....	23

4.1	Porod a prvních šest měsíců po porodu	23
5	SOCIÁLNÍ POBLEMATIKA	24
6	PROGNÓZA.....	25
	PRAKTICKÁ ČÁST	26
7	OBECNÁ ČÁST.....	27
7.1	Ošetřovatelský proces	27
7.2	Ošetřovatelské posuzování stavu zdraví.....	28
7.2.1	Model Marjory Gordonové.....	28
8	SPECIÁLNÍ ČÁST.....	31
8.1	Formulace problému	31
8.2	Cíl a úkol práce	31
8.3	Výběr případu a způsob získávání informací.....	31
9	KAZUISTIKA	32
9.1	Anamnéza	32
9.2	Popis případu	33
9.3	Záznam informací z rozhovoru.....	38
9.3.1	Vnímání zdraví	38
9.3.2	Výživa – metabolismus	39
9.3.3	Vylučování	40
9.3.4	Aktivita - cvičení	41
9.3.5	Spánek - odpočinek	42
9.3.6	Vnímání - poznávání	43
9.3.7	Sebepojetí – sebeúcta.....	44
9.3.8	Plnění rolí – mezilidské vztahy	45
9.3.9	Sexualita – reprodukční schopnost.....	46
9.3.10	Stres – zvládání, tolerance.....	46
9.3.11	Víra – životní hodnoty.....	47
9.4	Vyšetření celkového stavu ze dne 23. 1. 2015.....	48
9.5	Plán ošetřovatelské péče	48
9.5.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy:.....	48
9.5.2	Potencionální ošetřovatelské diagnózy:	53
10	DISKUZE	55
	ZÁVĚR.....	58
	LITERATURA A PRAMENY.....	59
	SEZNAM ZKRATEK	61
	SEZNAM OBRÁZKŮ	62
	SEZNAM PŘÍLOH	63

OBRÁZEK 1	64
PŘÍLOHA 1	65
PŘÍLOHA 2	66
PŘÍLOHA 3	67
PŘÍLOHA 4	68
PŘÍLOHA 5	70

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou. Toto závažné neurologické onemocnění, které postihuje především ženy v mladém věku, může několik let probíhat nepoznaně a příznaky mohou být podceňovány pacienty i lékaři. V současné době je zaznamenáván nárůst nemoci. I když moderní technologie umožňují rychlejší a přesnější diagnostiku, zřejmě se na zvýšeném výskytu nemoci podílí i stres, kouření, životní styl. Ale jedině včasné rozhodnutí, že se skutečně jedná o roztroušenou sklerózu a následné zahájení účinné léčby, může vést k oddálení nezvratného neurologického postižení a k naději pacientů na prožití plnohodnotného života.

V teoretické části bakalářské práce jsem popsala historii, příznaky, průběh, typy, diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy. Zmiňuji se také o problémech žen s roztroušenou sklerózou v těhotenství a po porodu. V závěru teoretické části nastiňuji sociální dopad a prognózu tohoto onemocnění.

Praktická část se věnuje kazuistice a ošetrovatelskému procesu u pacientky s roztroušenou sklerózou.

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušená skleróza (dále jen RS) je chronické onemocnění centrálního nervového systému. Je řazena mezi autoimunitní onemocnění, kde imunitní systém ničí obaly nervových vláken (myelin) a také dochází k poškozování axonů. Patří tedy mezi zánětlivé neinfekční demyelinizační onemocnění. V ČR se jedná o časté onemocnění, postihující mladé dospělé, více ženy a často vedoucí k invaliditě. (Kaňovský, 2007, s. 179)

1.1 Historie

Do středověku nemáme o RS skoro žádné doklady. První zmínka o RS pochází z deníku Augusta d'Este (1794-1848), který nemocí trpěl. Popisuje, jak ve 22 letech ztratil a znovu nabyl zrak, jak byl postižen diplopií, paraparézou i jak se měnila jeho psychika. (Havrdová, 2013, s. 13-14)

1.1.1 Lékařský výzkum

Anglický lékař Robert Carswell v roce 1838 jako první anatomicky popsal změny mozku a míchy u pacienta s RS. Jean Martin Charcot (1825-1893) popsal klinické příznaky nemoci (nystagmus, dysartrii, ataxii). Předpokládal, že axony bez myelinu v místě léze nevedou správně nervové vzruchy, a to má vliv na volní pohyb. James Dawson (1870-1927) studoval vývoj plaků. Dospěl k názoru, že tvar a průběh lézí určují cévy. Další desetiletí vědci vedli spory, zda se jedná o cévní či zánětlivou etiologii.

Roku 1891 se lumbální punkce stává běžnou diagnostickou metodou a vědci zkoumají složení mozkomíšního moku. Prokázali, že imunoglobuliny v likvoru odpovídají imunoglobulinům v lézích. S objevem magnetické rezonance, která se pro diagnostiku RS využívá již od roku 1981, se RS lépe pochopila a diagnostikovala. (Havrdová, 2013, s. 16-20)

1.2 Epidemiologie

Odhadovaný výskyt onemocnění RS je na celém světě asi 2,5 mil. lidí, v České republice je registrováno kolem 17 tisíc nemocných. Faktory, které se podílí na vzniku onemocnění, můžeme rozdělit na zevní a vnitřní, ale mnoho faktorů stále zůstává neznámých.

1.2.1 Faktory prostředí

Často je RS postižena bílá rasa, nejčastěji severoevropského původu. Menší výskyt je u žluté a minimální u černé rasy. To zřejmě souvisí s geografickou polohou: největší výskyt onemocnění je zaznamenán v mírném pásmu severní polokoule a snižuje se s klesající zeměpisnou šířkou. Někteří vědci se proto domnívají, že onemocnění souvisí s určitými viry, které ovlivňují imunitní systém. (Kaňovský, 2007, s. 179-180)

1.2.2 Věk a pohlaví

RS se vyskytuje v poměru 2:1 častěji u žen než u mužů. Příčina nerovného poměru není známa, významnou roli zřejmě hrají pohlavní hormony, které mají vliv na imunitní reakce. Většinou se první příznaky RS objeví mezi 20. – 40. rokem života. (Seidl, 2008, s. 119)

1.2.3 Genetické faktory

Zatím nebyl nalezen gen zodpovědný za přenos RS. Předpokládá se, že onemocnění je spouštěno faktory zevního prostředí u predisponovaných jedinců. Například nedostatek vitamínu D, kouření a nákaza virem Epstein-Barrův mohou mít vliv na vznik RS. (Havrdová, 2013, s. 87-95)

1.3 Etiopatogeneze

Zánětlivá ložiska mozku a míchy vznikají reakcí autoagresivních T-lymfocytů, které produkují cytokiny a poškozují tukově-bílkovinný obal nervů – myelin. K poškození axonů v lézích dochází masivně nebo omezeně, proto je rozdíl různého stupně uzdravení z atak. Základ ložiska (léze, plaky) je kombinace zánětu, demyelinizace a přerušení axonu. Ztráta myelinu a axonů je příčinou atrofie CNS a celkové neurodegenerace. (Shoenfeld, 2007, s. 66)

1.4 Klinické příznaky

Neurologické příznaky záleží na místě demyelinizace v centrálních drahách. Progrese postižení se měří Kutzkeho škálou (EDSS-Expanded Disability Status Scale), která hodnotí sedm funkčních systémů: zrak, motoriku, kmenové a mozečkové funkce, sfinktery, senzitivní obtíže, únavu, kognitivní postižení. (Benešová, 2013)

1.4.1 Poruchy vízu – optická neuritida

Asi u 30 % pacientů se optická neuritida projeví jako první příznak RS a postihuje jeden nebo oba zrakové nervy. Pacienti popisují výpadky zorného pole, diplopii, mlhavé vidění nebo i ztrátu zraku, bolest za očním bulbem a poruchy barvocitu. U většiny

nemocných se zrak vrací k normálu, někdy může zůstat výpadek části zorného pole. (Havrdová, 2013, s. 119)

1.4.2 Poruchy hybnosti

Výraznější parézy ani spasticita nebývají na počátku onemocnění časté. Nemocní si stěžují na zvýšenou únavnost s nejistotou při chůzi, slabost a neobratnost ruky, častý bývá třes, zvláště při snaze provést cílený pohyb. Časem se poruchy motoriky projevují jako centrální paréza, snížená svalová síla a nárůst spasticity. Jsou nejčastějším důvodem obav pacientů vedoucích až k invaliditě. Pacient musí vynaložit větší úsilí na ohýbání končetiny, objevují se nepříjemné pocity tuhosti, záškuby až noční křeče. Na dolních končetinách bývá spasticita častější než na horních. Důsledkem nesouměrného postižení hybnosti dochází k vadnému držení těla, bolestem zad a šíje. (Havrdová, 2013, s. 119-120)

1.4.3 Vestibulocerebelární poruchy

Asi polovinu pacientů postihuje vertigo, pocit rotace nebo nejistoty v prostoru, nystagmus a poruchy rovnováhy. Poškození mozečku se projevuje pocitem nejistoty v prostoru, vrávoráním při chůzi vzbuzující dojem opilosti, zhoršující se ve tmě nebo při zavřených očích. Vážne koordinace a plynulost pohybů, objevuje se intenční třes, který znemožňuje pacientovi vykonávat jemnější pohyby rukou. Při postižené koordinaci řečových a dýchacích svalů se objevuje dysartrie, řeč je skandovaná. (Kaňovský, 2007, s. 182)

1.4.4 Poruchy sfinkterů

Příznaky postižení dolních močových cest postihuje ženy i muže a u 5-9% z nich se jedná o vůbec první známku nemoci. Setkáváme se hlavně s imperativní mikcí, retencí nebo inkontinencí a jejich kombinacemi. Pacienti udávají nepřiměřené dráždění k močení i při malém množství moče. Jako sekundární příznaky sfinkterových potíží často nemocné obtěžují infekce močových cest. Někteří pacienti mohou trpět zácpou nebo inkontinencí stolice při postižení drah inervujících střevo. Sexuální dysfunkce se projevují u mužů převážně poruchou erekce a u žen poruchou orgasmu či snížením libida. Pacienti se s intimním problémem neradi svěřují, proto je vhodné se jich cíleně na sexuální obtíže ptát. (Havrdová, 2013, s. 126 – 129)

1.4.5 Senzitivní poruchy

Jako první ze specifických příznaků RS se objevují parestezie, kterým nemocný nepřikládá zvláštní význam, protože většinou spontánně odezní. Projeví se jako nepříjemné brnění, mravenčení nebo pálení na jakékoliv části těla. Těžší porucha demyelinizace nebo

ztráta axonů v oblasti senzitivní dráhy se projeví jako anestezie. Další senzitivní porucha je bolest. Dostavuje se např. jako neuralgie trigeminu v bolestivých šleháních, které trvají sekundy až minuty s vegetativním doprovodem (slzení, sekrece z nosu) a může být spouštěna lehkým dotekem na tváři, žvýkáním, čištěním zubů. Nemocní si také stěžují na bolesti ramen, horních i dolních končetin bez průkazu jiné patologie. (Ambler, 2011, s. 222)

1.4.6 Únava

Jedním z nejčastějších projevů RS je neustálá únava. Pacienti ji popisují jako pocit velkého vyčerpání i bez zátěže a zhoršuje se při stresu, horečce, poruchách spánku. Objevuje se i několik měsíců před jinými příznaky a pacientům způsobuje značné problémy ve všech oblastech života. (Havrdová, 2013, s. 139)

1.4.7 Příznaky ovlivňující stav psychiky

U nemocných postižených RS dochází k omezování hybnosti, tím i k postupné invalidizaci. Bojí se bezmocnosti, ztráty partnera, zaměstnání. Proto se u nich objevují úzkostné poruchy, deprese, náladovost, sklony k plačtivosti, podrážděnosti, hněvu. Na rozvoj deprese má také vliv protizánětlivé působení imunitního systému. Riziko sebevraždy je u pacientů s RS sedmkrát vyšší než u běžné populace. (Havrdová, 2013, s. 132-133)

Plaky v bílé hmotě mozkové a atrofie mozkové tkáně mohou způsobit poruchu kognitivních funkcí. Někteří pacienti mají po celou dobu trvání nemoci úroveň kognitivních schopností v normě, u jiných dochází k rychlému zhoršení. Nebyla potvrzena souvislost zhoršení kognice se závažností tělesného postižení a délky nemoci. (Preiss, 2006, s. 315)

1.5 Průběh roztroušené sklerózy

RS probíhá typicky v atakách a remisích. První ataka RS se může objevit po porodu, fyzickém či psychickém stresu, ale i bez zjevné příčiny. Obvykle pak nastává remise, kdy se pacient cítí dobře a i neurologický nález je v normě. Další ataka se projeví většinou za 2 roky, ale může i dříve, za deset let nebo už nikdy. Podle průběhu se RS dělí na benigní a maligní. Benigní forma se projevuje jen malým množstvím atak s nepatrnými následky, maligní typ je charakterizován těžkými záchvaty s rychlým rozvojem invalidity. (Seidl, 2008, s. 120)

1.6 Typy roztroušené sklerózy

1.6.1 Relaps remitentní forma

Nejběžnější formou RS je relaps remitentní (RR), kterou trpí až 85% pacientů. Příznaky (ataky) trvají několik dnů až měsíců a většinou po nich dochází k úplné remisi, která může trvat i deset let. Symptomy se mohou projevit jako strnulost ruky, špatná koordinace pohybů při chůzi. Protože po několika dnech mizí, nemusí jim zpočátku pacient přikládat důležitost. Relaps remitentní forma je dobře ovlivnitelná léky.

1.6.2 Primárně progresivní forma

Primárně progresivní forma RS postihuje asi jen 10% případů z celkového počtu nemocných. Od počátku plynule postupují neurologické symptomy bez minimálních zlepšení a remisí. Častější je výskyt u mužů a u pacientů, u kterých se objeví RS v pozdějším věku.

1.6.3 Sekundárně progresivní forma

Asi polovina pacientů s remitentní formou RS během 10. let přejde do sekundárně progresivního typu. Zmenšuje se aktivita zánětu, převažuje degenerace v CNS. Dochází k pozvolnému nárůstu neurologického deficitu, který je nevratný. Může a nemusí být přítomná fáze remise.

1.6.4 Relabující progresivní forma

Tato forma se objevuje většinou u lidí nad 40 let a není příliš častá. Po atakách nedochází ke zlepšení, zanechává trvalé neurologické poškození a během několika let vede k invaliditě. Léky je nejhůře ovlivnitelná. (Kaňovský, 2007, s. 181)

2 DIAGNOSTIKA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY

Příznaky RS mohou být podobné jiným nemocem, proto je RS obtížně diagnostikována. Nejdůležitější pro diagnózu je klinický obraz a průběh. V roce 2001 vešla do praxe McDonaldova kritéria, která upravila pravidla pro stanovení diagnózy RS. S vývojem nových léčivých přípravků, které je nutné podávat hned po první atace, roste potřeba spolehlivé diagnostiky. Lékaři se zaměřují na prokázání diseminace RS lézí v čase i prostoru. McDonaldova kritéria popisují ataku jako pacientem vnímané nebo objektivně pozorované příznaky typické pro akutní zánětlivou demyelinizační příhodu v CNS. Ataka musí trvat nejméně 24 hodin bez teploty či infekce. K jisté diagnóze RS je třeba nutný průkaz lézí pomocí MR nebo EP. Mezi atakami musí být minimálně 30 dnů. (Havrdová, 2013, s. 164-173)

2.1 Vyšetření magnetickou rezonancí

Hlavní význam v diagnostice RS má magnetická rezonance (MR), která zobrazí zánětlivá ložiska v mozku, mozkovém kmeni, mozečku nebo v míše. Pomocí MR lékaři hodnotí počet, lokalizaci, charakter, tvar lézí a jejich aktivitu. MR prokazuje, že četnost tvorby nových ložisek, je vyšší než počet atak. Vyšetření MR má i prognostický význam, který se nemusí shodovat s potížemi pacienta. Při pozitivním nálezů na MR je celkově vyšší pravděpodobnost definitivní diagnózy RS i po první atace ve fázi remise. Příznaky RS po deseti letech trvání nemoci většinou odpovídají lézím zjištěným při první MR. (Kaňovský, 2007, s. 183)

2.2 Vyšetření mozkomíšního moku

Mozkomíšní mok (likvor) je čirá tekutina, která cirkuluje v mozkových komorách a v subarachnoidálních prostorách mozku a míchy. V době, kdy se ještě nevyužívalo vyšetření MR, bývalo zkoumání mozkomíšního moku jedinou metodou, která dokázala prokázat zánětlivé změny nervového systému. V dnešní době vyšetření likvoru pomáhá stanovit diagnózu v případech atypického klinického nálezů. Lumbální punkce je zákrok, kdy tenkou, nejlépe atraumatickou jehlu lékař zavede do subarachnoidálního prostoru mezi trny bederních obratlů L4/5 a odebere 5-20 ml likvoru. Při RS nacházíme v mozkomíšním moku zmnožení imunoglobulinů (IgG) a gamaglobulinová frakce vytváří oligoklonální pruhy. Vyšetření likvoru je důležité i z diferenciálně diagnostického hlediska k vyloučení neuroboreliózy, degenerativních onemocnění nebo tumorů. (Havrdová, 2013, s. 186 - 196)

2.3 Vyšetření evokovaných potenciálů

Vyšetření evokovaných potenciálů (EP) patří k pomocným metodám diagnostiky RS. Projevy onemocnění závisí na velikostech plak, jejich umístění, celkovém počtu a míře difuzního zánětu poškozujícího myelin i axony. V časném stádiu nemoci evokované potenciály testují jednotlivé nervové dráhy a ukáží poruchu vedení v centrálním úseku nervového systému, i když klinické příznaky nemusí být ještě plně rozvinuty. Evokovanými potenciály se vyšetřuje vedení nervových drah zrakového a sluchového systému, drah vedoucích citlivost horních a dolních končetin a drah vedoucích hybnost hlavní motorickou drahou. Reakcí mozku na podnět na periférii je elektrická aktivita, která se při vyšetření zaznamenává. Projevem zpomaleného vedení demyelinizovaných drah je prodloužená latence vln. Důsledkem sníženého počtu axonu dohází k snížení amplitud vln. (Havrdová, 2013, s. 198-211)

2.4 Oftalmologické vyšetření

V průběhu onemocnění RS se až u 50% nemocných objeví zánět očního nervu. Při vyšetření očního pozadí lékař prohlíží zakončení očního nervu, kde často nachází zánětlivé ložisko. Vyšetření zorného pole perimetrem zjistí výpadky zorného pole. Poruchy zraku jsou často prvními příznaky RS, proto je nutná úzká spolupráce mezi očním lékařem a neurologem. (Kaňovský, 2007, s. 184)

3 LÉČBA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY

V současné době není známa jasná příčina vzniku RS, proto ani nebyl dosud objeven lék, který by postižené klienty zcela vyléčil. Cílem léčby RS je zmírnění obtíží, předcházení nových atak a zpomalení progresu nemoci. Někteří pacienti se uchylují i k alternativní léčbě. Neustálý výzkum nových léků dává naději nemocným postiženým touto nevléčitelnou nemocí. V dnešní době používanou léčbu lze rozdělit na terapii v období ataky, prevence relapsu a léčbu symptomatickou. (Ambler, 2011, s. 224)

3.1 Léčba v období akutní ataky

Včasně podání kortikosteroidu (methylprednisolon) intravenózně nebo perorálně ochrání tkáň CNS postižené zánětem. Léčbu je třeba zahájit co nejdříve, protože poškození axonu v zánětlivé lézi může nastat již za 12-24 hodin. Doporučená denní dávka methylprednisolonu je 3-5g, která se po několika dnech snižuje. Kortikosteroidy mají velký protizánětlivý účinek, snižují množství imunitních buněk v lézích a omezují destrukci nervové tkáně. Při užívání kortikosteroidů počítáme s jejich nežádoucími účinky. Zvláště ohrožení jsou pacienti s diabetem, s vředovou chorobou žaludku, kardiaci a pacienti trpící depresemi. Podává se vápník a vitamín D jako prevence osteoporózy. (Havrdová, 2013, s. 256-262)

3.2 Léčba omezující aktivitu nemoci

V roce 1993 byl jako lék první volby léčby RS schválen interferon beta (např. Avonex, Betaferon, Rebif). Tato biologická léčiva proteinové a cytokinové skupiny mají antivirové a imunoregulační účinky. U léčby RS se využívá jejich imunosupresivní efekt. (Fusek, 2012, s. 109-111) Léčba interferonem vede ke snížení počtu atak a k oddálení postupu nemoci. Pacient si aplikuje lék sám, 1x týdně pomocí pera do stehna. Nepříjemným vedlejším účinkem po aplikaci bývá výskyt chřipkových příznaků (zimnice, teplota, únava, bolest svalů a kloubů). Pacienti pak současně užívají nesteroidní antirevmatika a dávka interferonu je jim postupně navyšována. Lékaři u pacientů sledují krevní obraz, jaterní testy a funkci štítné žlázy, které mohou být účinkem biologických léků poškozeny. Po aplikaci léku se někdy setkáme s lokální reakcí v místě vpichu. Jedná se o bolestivost, zarudnutí, zatvrdnutí na stehnech. Aplikace injekcí je pro pacienty nepříjemná, je důležitá jejich edukace a motivace k dlouhodobé léčbě. (Havrdová, 2013, s. 265-277)

Dle přednášek vědců a lékařů na mezinárodním kongresu konaném 27. – 28. 6. 2014 ve Vídni a věnovaném RS byl prokázán pozitivní vliv imunomodulační léčby, která by měla být zahájena v počátcích choroby. Jejím použitím lze předejít ireverzibilním poškozením neuronů. (Multiple Sclerosis Management 2014, s. 1-12) Interferony, které jsou považovány za léky první volby, by měly být dostupné všem pacientům v časných stádiích nemoci, jsou velmi finančně nákladné (350-450 tisíc Kč na rok léčby na jednoho pacienta). Léčba byla donedávna pojišťovnou schvalována jen pacientům s remitentním stádiem nemoci a se dvěma atakami v posledních 12 měsících nebo se třemi za poslední 2 roky. V lednu 2012 byla tato kritéria napravena a nyní lze těmito preparáty léčit pacienta již po první atace.

U některých nemocných léky první volby nejsou účinné. Jestliže pacient během jednoho roku prodělá 2 ataky, je nutné léky změnit. Podává se 1x měsíčně intravenózně lék natalizumab (Tysabri). Nebezpečí při jejich podání je encefalopatie. Dalším lékem je perorální lék – fingolimod (Gilenya). Jeho účinek spočívá v tom, že lymfocyty jsou zadržovány v mízních uzlinách, což vede k omezení zánětu v CNS. Jako vedlejší účinky se mohou vyskytnout poruchy srdečního rytmu. Dalšími léky podávanými u pacientů se stupňovanou léčbou jsou cytostatika, u kterých je nutná častá kontrola krevního obrazu, jaterních testů, vyšetření kardiologické. Mezi vedlejší účinky podávání cytostatik patří vypadávání vlasů, nauzea, dřeňový útlum, hemoragická cystitida, riziko onkogeneze. (Havrdová, 2013, s. 298-330)

3.3 Symptomatická léčba roztroušené sklerózy

Symptomatická léčba roztroušené sklerózy se řídí klinickými projevy, které pacienta obtěžují, a pomáhá vylepšit nemocnému kvalitu života.

Léčba spasticity se zaměřuje na zlepšení schopnosti chůze a případné odstranění bolesti. Při léčbě těžké spasticity je cílem zabránit komplikacím imobilizace. Pod vedením fyzioterapeuta pacient protahuje svaly a ve cvičení pokračuje i v domácím prostředí nejlépe denně. Farmakologicky svalovou ztuhlost tlumíme myorelaxancií.

Sfinkterové obtíže, které se projevují častým nucením na moč, urgencí, inkontinencí, léčíme na základě urodynamického vyšetření a po laboratorní kultivaci moče k stanovení citlivosti na antibiotika. Při obtížném vyprazdňování nemocný provádí nácvik relaxace svalů pánevního dna pomocí biofeedbacku. Při retenci nebo inkontinenci je nutno pacienty naučit jednorázové cévkování nebo zavést permanentní močový katetr.

Únavu, která je velice častým a obtěžujícím projevem RS, lze těžko terapeuticky ovlivnit. Často se projeví jako důsledek jiných příznaků, jako jsou poruchy spánku, bolest, spasticita, porucha funkce štítné žlázy, anémie. Nejdříve odstraníme stavy, které lze ovlivnit, pátráme po infekčních ložiscích. Nutným řešením jsou různá režimová opatření. Nemocný by se měl udržovat v dobré fyzické kondici s postupným zvyšováním zátěže. Do denního programu si pacient zařazuje krátké odpočinkové pauzy s relaxací, dobrý efekt je dosahován pomocí cvičení jógy. Pacienti s RS by se měli vyvarovat pobytu v horku. (Havrdová, 2013, s. 370 – 388)

Bolestí trpí asi polovina pacientů s RS a zhoršuje se s délkou trvání nemoci. Projevuje se často jako neuralgie trigeminu nebo jako bolest oka při optické neuritidě. Příčinou svalových bolestí pak bývá změna pohybových stereotypů a nesprávné zatěžování některých svalů. Farmakologicky se bolest léčí gabapentinem, carbamazepinem, NSA nebo opiody. Špatné pohybové návyky pomáhá odstranit cílená fyzioterapie. (Kaňovský, 2007, s. 186) Pozitivní efekt na spasticitu, třes a zmírnění bolesti má u některých pacientů lék Sativex, který obsahuje výtažky z konopí. Používá se ve formě oromucosálního spreje hlavně u nemocných s těžkou svalovou spasticitou, kteří nedostatečně reagovali na jinou léčbu. Mechanismus účinku kanabinodů není ještě zcela jasný, je uvažováno o imunupresivním účinku THC. (Miovský, 2008, s. 412-412)

3.4 Psychoterapie u roztroušené sklerózy

Polovina pacientů s RS trpí během svého života depresí. Správná léčba deprese má vliv nejen na kvalitu života, ale i na úspěšnost léčby RS. Depresi u pacientů s RS je nutno aktivně vyhledávat, protože riziko sebevraždy je několikanásobně vyšší než v běžné populaci. Nejčastěji se pacientům podávají SSRI (citalopram, sertralin, fluoxetin, escitalopram), které jsou velice dobře snášeny a mají i lehký imunopresivní efekt. Farmakoterapii dobře podpoří psychoterapie. Depresi často prohlubují vnější faktory jako je snížení pracovní schopnosti, přibývání neurologických příznaků, strach z budoucnosti. Ve zvládnutí neuropsychiatrických poruch u RS hraje psychoterapie důležitou roli. Už při prvním sdělení diagnózy by měl být lékař i dobrým psychologem. V dobře vedeném rozhovoru lze zmírnit pocit napětí, deprese a dopřát nemocnému pocit naděje a důvěry v pomoc. Je důležité poskytnout pacientovi dostatek informací o roztroušené skleróze, možnostech a plánech jeho léčby. Psychoterapie učí nemocné odbourávat podněty, které člověka dostávají do stresu, celkově pomáhá zklidnit psychiku, najít motivaci ke spolupráci a k další léčbě. (Havrdová, 2009, s. 63-64)

3.5 Režimová léčba a životospráva

Základním pravidlem, kterým by se nemocní měli řídit, je každou činnost provádět jen do prvních známek únavy. Pravidelné cvičení, zdravá strava obsahující všechny živiny, zejména bílkoviny a vitamíny je základem režimových opatření. Podáváme vitamín D, který lze těžko doplnit stravou a jeho deficit souvisí s výskytem RS a s progresí nemoci. Ataku nemoci může vyprovokovat jakékoliv infekční onemocnění. Proto by se neměl nemocný vystavovat riziku nákazy hlavně v době chřipkových epidemií. Každé infekční onemocnění je třeba léčit klidovým režimem, snižováním teploty a včasným nasazení antibiotik. Dbáme o dodržování pitného režimu vzhledem k častému výskytu zánětu močových cest. (Ambler, 2011, s. 225)

4 TĚHOTENSTVÍ A ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Protože RS jsou často postiženy ženy v reprodukčním věku, otázka případného těhotenství bývá častým tématem rozhovoru v neurologických ordinacích. V současné době se ženám s RS těhotenství nezakazuje, jen je potřeba posoudit celou rodinnou situaci, stabilitu partnerského vztahu a ochotu příbuzných pomáhat s péčí o dítě. (Ambler, 2011, s. 225) Aktivita choroby ve druhém a třetím trimestru klesá, imunitní systém matky musí tolerovat plod s cizími znaky, rizikové je pak období po porodu. Nebyl prokázán negativní vliv hormonální antikoncepce na RS, proto je možné u pacientek těhotenství naplánovat a směřovat na dobu stabilizované fáze nemoci. Před otěhotněním je nutné vyřadit z léčby léky s případným teratogenním účinkem. Udržovací dávka prednisonu může být během těhotenství ponechána. Ženám se doporučuje před plánovaným početím užívat kyselinu listovou jako prevenci vzniku vrozených vývojových vad plodu. Dále se doporučuje podávat vitamín D, ale vzhledem k jeho možnému teratogennímu účinku, sledovat hladinu vitamínu D v séru. Plánovat početí je nutné i u mužů s RS. Doporučuje se vysadit z léčby cytostatika, která mohou snižovat plodnost. Jedním z možných řešení plánovaného početí je i kryokonzervace spermatu s následnou asistovanou reprodukcí. (Havrdová, 2013, s. 419 - 422)

4.1 Porod a prvních šest měsíců po porodu

Porod je doporučován vést fyziologickou cestou. Epidurální anestezie nebo analgezie není u RS kontraindikována. Je vhodné během šestinedělí zkontrolovat pacientky pomocí magnetické rezonance. Pokud je prokázána aktivita nemoci, laktace se ukončuje, protože prolaktin má imunostimulační účinky. Pokud je klinicky i na MR viditelná stabilita nemoci, lze laktaci na půl roku po porodu doporučit. Po této době se laktace ukončuje a pacientky se vrací k původní terapii před těhotenstvím. (Havrdová, 2013, s. 427-429)

Podíl na riziku progresu RS mají nejen hormonální a imunitní změny, ale také zvýšená psychická a fyzická zátěž ženy. Hormonální změny po porodu mohou zhoršovat únavu, deprese, psychické potíže. Proto je nezbytně nutné při plánovaném těhotenství dobře zvážit rodinné zázemí, aby v případě zhoršení nemoci, nebyla žena na péči o dítě sama. Důležité je zajistit ženě alespoň pravidelný spánek a odpočinek. Každé těhotenství má vliv na aktivitu RS, proto je ženám doporučováno mít nejvýše dvě děti. (Ptáček, 2011, s. 128 - 129)

5 SOCIÁLNÍ POBLEMATIKA

Nevyléčitelná, chronická nemoc jakou je RS ovlivňuje člověka ve všech sociálních vazbách. Nejen pacient sám, ale i jeho rodina, přátelé, kolegové v zaměstnání jsou nuceni se s nemocí vyrovnat. Proto je zásadní s pacientem a jeho blízkými otevřeně komunikovat a zajistit přístup k validním informacím o nemoci. I přes dnešní moderní léčbu dochází u části postižených k postupné invalidizaci, ztrátě soběstačnosti. Pacienti s RS a jejich rodina se často cítí být izolováni od okolí. (Krokavcová, 2009, s. 129-131) Pacient sám sebe vidí a chápe jinak, než tomu bylo před onemocněním. Může docházet ke snížené sebeúctě. Někteří pacienti volí strategii vyhýbání se skutečnosti, utíkají k alkoholu, drogám, přejídání se. Jiní se snaží v nemoci najít kladnou stránku věci, přehodnocují svůj život, nachází více času na rodinu, přátele, koníčky. (Křivohlavý, 2002, s. 130 - 132)

Vlivem progresu nemoci se pacient může stávat závislým na péči druhých i na materiální podpoře. Na začátku onemocnění většina pacientů zaměstnání nemění, ale za určitých podmínek omezení průčeschnosti mají nárok na invalidní důchod. Stupeň invalidity je posuzován dle EDSS škály (viz příloha č. 5), která je zaměřena především na hodnocení chůze. Možnost přívídělků uživatelům invalidního důchodu není omezená, záleží na zdravotním stavu jedince. Nemocný může také zažádat o příspěvek na mobilitu, průkaz TP, ZTP, ZTP/P a zvláštní pomůcky. Sociální pracovníci u nemocných posuzují: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity, péči o domácnost. Vyhodnocení těchto domén je podkladem ke stanovení výše příspěvku. (Zvoníková, 2010, s. 127)

Náklady na léčbu RS zatěžují zdravotní i sociální systém. Stát by tedy měl mít zájem na zachování pracovní schopnosti nemocných s RS a podporovat zaměstnavatele k přijímání zdravotně postižených osob. Někdy je nutná úprava pracovního prostředí, změna pracovní doby. Snahou je co nejdéle udržet průčeschnost nemocných. Mladý, i když nemocný člověk potřebuje mít pocit seberealizace, potřebuje si dokázat, že je schopen se finančně zabezpečit. V naší společnosti je mezi laiky nedostatečná informovanost o RS. Unie Roska, která je hlavní dobrovolnou organizací v ČR, poskytuje informační servis, pořádá setkání nemocných, snaží se přiblížit onemocnění RS běžné veřejnosti. Lidem postiženým RS pomáhá i 15 MS Center, která zajišťují specializovanou diagnostiku a léčbu RS. (Havrdová, 2013, s. 453-457). V Plzeňském kraji zajišťuje péči o pacienty MS Centrum neurologické kliniky FN Plzeň.

6 PROGNOZA

Roztroušená skleróza patří k onemocněním, která ještě nejsou zcela objasněna. Vědecký výzkum této nemoci a léků k její léčbě intenzivně probíhá ve světě i u nás. V České republice je evidováno přibližně 17 000 nemocných s roztroušenou sklerózou, na celém světě se odhaduje její výskyt na dva a půl miliónu. RS postihuje především lidi v produktivním věku, kteří jsou nemocí zaskočeni, často je vyřazuje z jejich práce. Protože v dnešní době se žije rychlým tempem, někteří nemocní si prvních příznaků nemoci, jako je únava nebo brnění rukou, nevšímají nebo je podceňují a k lékaři se vydají až při dalších atakách. Včasná diagnostika a následné zahájení léčby je v prognostice RS nesmírně důležité. RS se u každého pacienta projevuje jinak, projevy jsou nepředvídatelné. Proto je třeba informovat nejen laickou veřejnost, ale i praktické lékaře, aby první možné příznaky nemoci nepodcenily a nemocné předali k vyšetření na odborné neurologické pracoviště.

U každého pacienta probíhá RS různým způsobem. Proto je nesmírně těžké vyslovit konkrétnímu nemocnému prognózu jeho choroby. Cílem léčby je individuální léčba pro každého pacienta vedená podle nejnovějších poznatků. Stále platí pravidlo včasné zahájení vhodné a dlouhodobé terapie a při nedostatečném účinku léčbu stupňovat, aby se zabránilo nezvratným změnám na nervovém systému.

RS stále patří mezi nevléčitelné, ale léčitelné nemoci. Současné léky dokáží projevy nemoci potlačit nebo i zastavit, takže pacient může být bez potíží a žít plnohodnotný život. Léčba RS by měla být zaměřena na celého člověka. Zahrnuje nejen užívání léků, ale i léčbu podpůrnou, jako je fyzioterapie, psychoterapie a sociální podpora. Důležitý je přístup pacienta, aby se sám do boje s touto záľudnou nemocí aktivně zapojil a naučil se s RS žít. (Havrdová, 2013, s. 465 – 466)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 OBECNÁ ČÁST

7.1 Ošetrovatelský proces

Základním úkolem ošetrovatelské péče je uspokojování individuálních potřeb pacienta. Výsledkem úsilí je zlepšení celkového psychosomatického stavu a kvality jeho života. Použitím ošetrovatelského procesu sestra hodnotí, analyzuje a diagnostikuje celostní reakce člověka. (Mastiliaková, 2014, s. 23 – 26)

Fáze ošetrovatelského procesu:

Systematické posouzení

Cílem je shromáždit informace získané z anamnézy, fyzikálního vyšetření klienta, ze zdravotnické dokumentace, od rodinných příslušníků nebo jeho přátel. Získaná data nám umožní vyvodit závěr o stavu zdraví klienta.

Diagnostika

V této fázi sestra posoudí získané údaje a navrhuje ošetrovatelské diagnózy, které odrážejí celkové reakce klienta na aktuální a potenciální zdravotní problémy. Ošetrovatelské diagnózy se liší od lékařských, které se zaměřují na nemoci.

Plánování cílů

Sestra stanoví cíle, které povedou ke zlepšení zdravotního stavu klienta nebo k jeho uzdravení. Očekávané výsledky je nejlépe stanovovat ve spolupráci s klientem s přihlédnutím k jeho současným a budoucím možnostem.

Plánování intervencí

Ke stanoveným cílům sestra naplánuje ošetrovatelské intervence a zpracuje ošetrovatelský plán, který slouží jako podklad k individuální péči.

Realizace

Sestra realizuje podle plánu péči a ošetrovatelské intervence a zaznamenává do dokumentace jejich plnění.

Vyhodnocení

V této poslední fázi sestra vyhodnocuje, jestli bylo dosaženo naplánovaných cílů. Vyřešený problém se z ošetrovatelského plánu vyřadí a může být případně nahrazen jiným, nově vzniklým. Ošetrovatelský proces je proces cyklický, který sleduje logický postup. (Mastiliaková, 2014, s. 42 -43)

7.2 Ošetrovatelské posuzování stavu zdraví

Posuzování stavu zdraví a soběstačnosti pacienta patří k základním dovednostem kvalifikovaných sester. K dokumentaci údajů sestry využívají ošetrovatelské modely. (Mastiliaková, 2014, s. 45)

7.2.1 Model Marjory Gordonové

M. Gordonová poprvé publikovala systémovou strukturu pro posuzování stavu zdraví v roce 1974. Zaměřila se na 11 oblastí, které tvoří funkční typy zdraví. Každá oblast zahrnuje varianty chování, které jsou ovlivněny životním stylem. M. Gordonová ve svém modelu uvádí, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisejí s jejich zdravím, kvalitou života a s rozvojem schopností. Stav zdraví vyjadřuje celostní jednotu člověka. Porucha v jedné oblasti naruší rovnováhu a zdraví celého organismu. Posuzování typu zdraví usnadní sestře rozpoznat funkční a dysfunkční typy zdraví a na jejich základě stanovit aktuální nebo potenciální ošetrovatelské problémy. (Mastiliaková, 2014, s. 63 – 65).

Oblasti funkčního typu zdraví dle M. Gordonové:

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví

Posuzování v této oblasti zahrnuje, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a jakým způsobem o své zdraví pečuje. Jsou posuzovány návyky, které jsou pro zdraví škodlivé i dodržování doporučených aktivit, podporujících tělesné a duševní zdraví.

2. Výživa – metabolismus

Tato oblast posuzuje způsob stravování a přijímání tekutin s přihlédnutím na denní dobu, kvalitu i kvantitu jídla a tekutin, užívání vitamínů a náhradních výživných látek. Je hodnocen stav kůže, schopnost hojení ran, stav vlasů, nehtů, chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost.

3. Vylučování

Posuzování v této oblasti informuje o způsobu vylučování, jeho pravidelnosti, potížích nebo poruchách při vyprazdňování tlustého střeva, močového měchýře a kůže.

4. Aktivita – cvičení

Zhodnocení je zaměřeno na způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci. Dále zahrnuje hodnocení sebepéče a soběstačnosti a určuje případné faktory, které je omezují.

5. Spánek – odpočinek

V této oblasti posuzujeme způsob spánku a odpočinku, trvání doby spánku, vnímání kvality odpočinku. Identifikujeme problémy související s poruchami spánku, únavou a jejich vliv na denní aktivity.

6. Vnímání – poznávání

Posuzování je zaměřeno na smyslové funkce, úroveň vědomí a mentálních funkcí. Hodnotí se vnímání bolesti a poruchy smyslového vnímání. Sestra dále zjišťuje, jak je pacient informován o svém zdravotním stavu a co ještě potřebuje vědět.

7. Sebepojetí – sebeúcta

Oblast zahrnuje zjišťování emocionálního ladění a vnímání svých schopností, zálib, talentu, celkového vzhledu. Všímáme si neverbálních projevů klienta, jako je držení těla, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

8. Plnění rolí – mezilidské vztahy

Posuzování se zaměřuje na osobní role v životě klienta, jeho mezilidské vztahy a z toho vyplývající zodpovědnost v současné životní situaci. Zjišťujeme případné narušení vztahů v rodině, v zaměstnání a plnění povinností ve vztahu k rolím.

9. Sexualita – reprodukční schopnost

Zjišťujeme uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě, popisujeme poruchy nebo potíže funkce reprodukčních orgánů. Do této oblasti shromažďujeme údaje o celém reprodukčním období ženy.

10. Stres – zvládání, tolerance

Hodnotíme nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech, způsob zvládnání stresových situací, podporu rodiny, vlastní vnímání schopnosti řešit problémy.

11. Víra – životní hodnoty

Popisujeme individuální vnímání životních hodnot včetně náboženské víry. Do oblasti zahrnujeme vnímání kvality života, prožívání konfliktů v hodnotách. Zjišťujeme, které myšlenky a názory klienta ovlivňují v jeho rozhodování. (Mastiliaková, 2014, s. 73 – 82)

8 SPECIÁLNÍ ČÁST

8.1 Formulace problému

Roztroušená skleróza (RS) je zánětlivé autoimunitní onemocnění centrálního i periferního nervového systému. Patří mezi demyelinizační choroby, kdy imunitní systém poškozují myelin, který obaluje nervová vlákna a vznikají tak demyelinizační, nepravidelně rozložená ložiska (plaky). Míra neurologického postižení je dána oblastí, kde se nachází plaky. Jedná se o časté onemocnění, postihující mladé dospělé, většinou ženy a je nejčastější příčinou neurologické invalidity. Onemocnění se projevuje fyzickými i psychickými poruchami, které ovlivňují nejen kvalitu života nemocného, ale i jeho rodiny.

Pracuji v ordinaci praktického lékaře, kde je registrováno celkem 6 nemocných s RS (1 muž a 5 žen). Při jejich návštěvách jsem se průběžně seznamovala s jejich problémy, které se vztahují k této nevléčitelné nemoci. I když většinou přicházeli s jinými potížemi nebo žádostmi, vždy bylo nutno přihlídnout k jejich nemoci. S jednou ženou přibližně v mém věku jsem se více sblížila a v této práci se zaměřila na popis toho, jaký je její život s roztroušenou sklerózou.

8.2 Cíl a úkol práce

Cílem mojí práce je zpracovat případovou studii formou kazuistiky, vypracovat ošetrovatelský plán dle Modelu fungujícího zdraví podle M. Gordonové, popsat ošetrovatelské problémy dle zvoleného modelu a spolu s nemocnou zvolit vhodné intervence, které povedou ke zlepšení kvality jejího života.

8.3 Výběr případu a způsob získávání informací

V mé práci popisuji ošetrovatelskou péči u pacientky, kterou jsem měla možnost sledovat v delším časovém období. Zjistila jsem, že je třeba na člověka nahlížet jako na holistickou osobnost, kdy porucha v jedné oblasti, naruší rovnováhu celého organismu.

Informace jsem získala z lékařské dokumentace a z rozhovorů s pacientkou během návštěv v ordinaci a polostrukturovaným individuálním rozhovorem, který se uskutečnil v lednu 2015. Rozhovor byl zaměřený na subjektivní prožívání nemoci a potíže z ní vyplývající. Odpovědi jsou zaznamenány spolu s pozorováním během rozhovoru do tabulek k jednotlivým oblastem.

9 KAZUISTIKA

9.1 Anamnéza

Základní údaje

Věk: 36 let

Pohlaví: žena

Lékařská diagnóza: G 35 - Roztroušená skleróza

Osobní anamnéza

Prodělala běžné dětské nemoci, od 10 let léčená na migrénu, v roce 2006 diagnostikovaná roztroušená skleróza. Nekouří, pije 2 šálky kávy denně, alkohol příležitostně. Alergii neudává.

Rodinná anamnéza

Otec 59 let zdravý, matka 57 let zdravá, starší bratr zdravý, 2 synové 14 a 9 let, léčí se s atopickým ekzémem

Pracovní anamnéza

Vyučená cukrářka s maturitou, pracovala v oboru do 1. těhotenství, od roku 2010 pobírá invalidní důchod I. stupně, v současné době pracuje jako asistent pedagoga na částečný úvazek.

Sociální anamnéza

Žije s manželem a syny v rodinném domě.

Farmakologická anamnéza

Avonex 1xtýdně i.m., Helicid 20 mg 1xdenně, Vigantol 6 kapek denně, Viregyt K 1xdenně, Magne B6 2xdenně, Paralen nebo Ibalgin po aplikaci Avonexu

Gynekologická anamnéza

Menstruace od 13. let, 2 spontánní porody, potraty žádné, antikoncepci neužívá.

9.2 Popis případu

Nyní 36letá pacientka, od 10 let trpící migrénou, pro kterou sledována na neurologii. Po porodu v roce 2000 trpěla 3 roky častějšími bolestmi hlavy, únavou, přestávala vidět na levé oko, diagnostikováno jako migréna se zrakovou aurou. Zrak se upravil do normálu, pacientka byla bez větších obtíží.

V roce 2005 ve 3. měsíci dalšího těhotenství, kdy prodělala chřipku, se zhoršuje celkový stav, objevuje se malátnost, únava, velmi časté bolesti hlavy a svalů. Na neurologii uzavřeno jako únavový syndrom s normálním neurologickým nálezem. Vzhledem ke graviditě bez léčby.

V březnu 2006 byla hospitalizována na neurologii pro brnění horních i dolních končetin, poruchy zraku ve smyslu dvojitého vidění, asymetrii obličeje při cenění a zhoršení řeči. Byla provedena lumbální punkce, kde zachyceno 5 IgG pásů. Po vyšetření magnetickou rezonancí diagnostikováno jako roztroušená skleróza. Vzhledem k tomu, že bylo nutno pacientku přeléčit plnou dávkou kortikoidů, musela ukončit kojení (syn, 7 měsíců). Aplikováno 5g Solu-Medrolu intravenózně, poté nasazena léčba per orální (Medrol tbl. 4 mg). Další ataku prodělala v říjnu, měla pocit tuhých dolních končetin, které sice mohla ohnout, ale s vypětím sil, byla hodně unavená, měla i slabé horní končetiny, nemohla unést svoje roční dítě. Byla opět přeléčená plnou dávkou kortikoidů (Solu Medrol 1g i.v. po dobu 3 dnů), svalová síla se zlepšila, přetrvávala únava a lehce ataktická chůze. Po aplikaci kortikoidů měla několik dnů stavy deprese, které samy odezněly. Navržena léčba interferony (Rebif 22), které si sama aplikovala 3x týdně do podkoží stehenního svalu.

V lednu 2007 měla 2 dny závratě, které byly do všech stran, nemohla se trefit při chůzi do dveří, měla škubání v horním víčku oka, potíže samy odezněly. Ale trpí únavou, musí často odpočívat. Cítí se nervózní, neklidná, bez nálady. Po aplikaci interferonu se v místě aplikace objevují začervenalé eflorescence. Pacientce je nadále doporučena léčba Rebifem 22 3x týdně, v den aplikace bude užívat Ibalgin 400 mg, na místo vpichu bude přikládat chladné obklady nebo Fenistil gel. Pokračuje v léčbě Medrolem 8mg denně, Helicid 20 mg večer. Nasazena antidepresiva (Assentra 50mg ráno). Při kontrole 8/2007 se

cítí dobře, udává jen občasné stavy závratí se současnou bolestí hlavy, reagující dobře na Ibalgin. Hodnocení EDSS 1,5.

Po prodělané chřipce 2/2008 se objevuje další ataka s brněním horních končetin, závratěmi, únavou. Po léčbě Solu-Medrolem se cítí lépe, zvládá domácí práce, přetrvává porucha citlivosti na přední straně stehna, lehce ataktická chůze, kdy ujde do únavy 1 km. Od 5/2008 upravena léčba interferony, Rebif 22 navýšen na Rebif 44 3x týdně, pokračuje v léčbě Medrolem 4mg denně. Na MR v 6/2008 popisovány známky demyelinizačního onemocnění v částečné regresi se zbytky aktivity procesu ještě v některých ložiscích vlevo. Pokračuje v léčbě Rebifem 44 3x týdně, který zpočátku špatně snášela, měla po aplikaci zimnice, závratě, nevolnost, pálení a bolesti v místě vpichu. Stěžovala si na zvětšující se necitlivosti s bolestmi na stehnech. EDSS hodnoceno 3.0.

Od **19. 1. 2009** zahájena léčba Tysabri (pro 2 ataky za poslední rok a progresi o 1,5 stupně). Koncem března děti prodělávaly neštovice, pacientka měla pak po těle několik puchýřků, byla hodně unavená, trpěla závratěmi, 3 dny jen ležela, stav se za několik dnů sám upravil.

Moje první setkání s pacientkou proběhlo v září 2009. Do ordinace praktického lékaře jí přivedlo pálení a řezání při močení, stěžovala si na bolesti v tříslích. Byla přeléčená antibiotikem dle citlivosti podle kultivace moče. Působila na mě dojmem mladé ženy, která navzdory nepříznivé nemoci není zahořklá a je připravená dál bojovat. Seznámila jsem se i s jejím manželem, který ji do ordinace doprovázel. Bylo zřejmé, že je pacientce velikou oporou.

Další lehká ataka se spontánní úpravou proběhla **10/2009**, kdy se objevily silné závratě do všech stran, brnění obou DK, veliká únava, kdy ušla pouze 100m. Dál pokračovala v léčbě Tysabri, stupeň EDSS 3,0.

1/2010 byla s pacientkou v ordinaci PL sepsána žádost o invalidní důchod. V té době byla evidována na úřadu práce a přivydělávala si pouze domácí práci, vyráběním drobných reklamních předmětů. Při rozhovoru pacientka vypadá smutně, utrápeně. Vypráví, jak je těžké najít si práci na částečný úvazek, je vyučená cukrářka s maturitou. Velice často trpí únavou, bolestmi svalů HK i DK, neujde větší vzdálenost, těžko zvládá i péči o děti a domácnost. Je vděčná manželovi, že ji hodně pomáhá, ale cítí se na něm závislá nejen finančně, ale i osobně. Je úzkostná, má strach z budoucnosti, často si zjišťuje

informace o RS na internetu, pak má ještě větší obavy. Byla uznána OSSZ částečně invalidní.

3/2010 proběhla další ataka, trpěla závratěmi, brněním HK i DK, stav se upravil, přetrvávala zvýšená únava. Na neurologii podána další infuze Tysabri a doporučeno vyvarovat se výrazné fyzické a psychické zátěži. EDSS hodnota 3,5. **10/2010** pozorovala zhoršené vidění, v noci doma při chůzi na toaletu kolaps, zachycena manželem. Byla dezorientovaná. Trpí nauzeou, za poslední měsíc zhubla 4 kg. Byla týden hospitalizovaná na neurologii, provedena MR mozku, kde zachycena nová léze. Podány kortikoidy i.v., pokračuje v léčbě 1x měsíčně infuze Tysabri, vysazena antidepressiva.

4/2011 nemocné obě děti, nakazila se od nich. Má bolest v krku, zvýšenou teplotu, kašel. Provádím odběr krve z prstu na stanovení CRP v ordinaci (hodnota je 3,1 – v normě) a výtěr z krku i nosu. Lékařem diagnostikovaná viróza, doporučena symptomatická léčba. Po týdnu při kontrole se cítí dobře, ve výtěru z krku i nosu je běžná flora. Bude se s rodinou stěhovat do nového domu, těší se, vypadá radostně.

7/2011 návštěva ordinace PL pro dysurické potíže, subfebrilie. Poslána do laboratoře moč na biochemické i kultivační vyšetření. Nasazena léčba Nitrofurantoinem. Za 3 dny telefonicky sdělen výsledek kultivace moče, kde zachycen mikrob, citlivý na podaný lék, bude v užívání pokračovat ještě 10 dnů. Kontrolní vyšetření moče bylo již negativní.

Na neurologii **11/2011** popisuje neustálou únavu, občasně mravenčení v obličeji, při chůzi zakopává. Provedena MR mozku, kde popsána demyelinizační ložiska, která se od minulého vyšetření nezměnila, jsou bez známek aktivity procesu. Neurologický závěr je RS RR forma EDSS: 3,0.

Při kontrole v neurologické ambulanci **8/2012** popisuje pocity nejistoty v prostoru. Brnění na končetinách ani v obličeji necítí, ujde 3 – 4 km s odpočinkem, bez hole. Trvá výrazná únava, nevydrží delší dobu stát. Ojedinele dochází k úniku moče, má imperativní močení. Závěr neurologa zní RS – RR forma stabilní stav, EDSS: 2,0. Bude pokračovat v léčbě Tysabri 1x měsíčně podávaný v infuzi.

Pro nesplnění podmínek k nasazení léčby Tysabri VZP ukončuje **11/2012** její úhradu. Nasazen Prednison 20 mg, KCl 2x1 Hellicid 1x1. V ordinaci PL bylo provedeno sepsání tiskopisu pro OSSZ ke kontrolnímu posouzení invalidity. Pacientka si stěžuje na

neustálou únavu, močovou inkontinenci, ráda by pracovala, ale necítí se na to. V posledním roce měla partnerské problémy, nezvládala péči o domácnost. Po hádkách s manželem je jí špatně, bolí ji hlava, brní obličej. Za pár hodin zatím vždy potíže vymizí. Trápí ji ukončená léčba Tysabri, obává se dalších atak, invalidity. Lékařem nasazena antidepressiva (Cipralex 10mg). **12/2012** má náladu mírně zlepšenou, hovoří o dětech, je to největší radost jejího života.

4/2013 na MR mozku je patrná nová léze. Subjektivně pacientka popisuje brnění na levé tváři, ujde do únavy pouze 500 metrů, občas únik moče. Chůze je lehce spastická a výrazně ataktická, EDSS: 3,0. Zahájená léčba Imuranem. K PL dochází každé 3 týdny na náběry jaterních testů a krevního obrazu. Aby bylo sníženo riziko nákazy, domlouvám se s pacientkou na konkrétní době návštěvy a bez čekání ji pouštím do ordinace. Po několik měsíců sleduji její reakce, chování. Vždy se usmívá, povídá si se mnou. Nemůžu se ale zbavit dojmu, že se za úsměvem skrývá nervozita a úzkost. **9/2013** proběhla u pacientky další ataka s rozmazaným viděním a brněním končetin. Byla přeléčena plnou dávkou Solu-Medrolu (3x1g i.v.). Dle pacientky došlo k postupnému zlepšování zraku i citlivosti na končetinách. Pokračuje v léčbě Imuranem, Medrolem, KCl, Helicidem. **11/2013** opět přeléčena ATB dle citlivosti pro infekci močových cest a v **12/2013** pro bronchitidu s febriliemi, kašlem, bolestmi kloubů a svalů.

Při kontrole v Centru pro léčbu demyelinizačních onemocnění v **2/2014** popisuje týden trvající změnu citlivosti levé ruky a nohy, bolest za levým okem. Ujde pouze 500 m. Vážně jemná motorika vlevo, mívá občasné křeče a poruchy rovnováhy. Probíhá další ataka, pro kterou aplikováno 8x500mg Solu-Medrolu, EDSS: 4,0. Další setkání v ordinaci bylo v **3/2014**, přišla si pro potvrzení k pracovní způsobilosti. Bude pracovat na 4 hodiny jako asistent pedagoga. Do práce se těší, je ráda, že bude mezi dětmi. Od **4/2014** je pojišťovnou schválena biologická léčba. Pacientka si bude 1x týdně sama aplikovat Avonex do stehenního svalu. Pro zjištěný nedostatek vitamínu D je předepsán Vigantol (8 kapek denně). **6/2014** při neurologickém vyšetření popisuje nově probíhající ataku. Má velké poruchy rovnováhy s nejistotou v prostoru, zhoršené vidění na levém oku, na levé HK vážně jemná motorika. Avonex si aplikuje pravidelně, z lokální reakce je patrna po vpichu jedna modřina. Po aplikaci mívá bolesti kloubů a zimnici. EDSS: 4,5. Přichází do ordinace PL v **8/2014** pro doporučení na rehabilitaci. Cítí se téměř pořád unavená, dříve ušla několik kilometrů, dnes pouze stovky metrů.

Po další lehké atace v **11/2014** je léčba eskalována. Do 1/2015 si bude aplikovat Avonex a od 2/2015 začne s první dávkou Gilenye. **12/2014** vyšetřena pro kašel a rýmu, CRP je nízké, navržena symptomatická léčba. Pacientka potřebuje doporučení na kardiologii před nasazením léčby Gilenyí, která může způsobovat bradykardii. Kardiologické vyšetření je v normě, cítí se dobře. Po rehabilitační léčbě se zlepšila chůze. Ujde do únavy 1 km. Pokračuje v naučené cvičební jednotce i doma. Požádala jsem pacientku, jestli bude ochotna poskytnout mi rozhovor a mluvit se mnou o své nemoci. Souhlasila.

9.3 Záznam informací z rozhovoru

9.3.1 Vnímání zdraví

Subjektivně		
1	Jak se dnes cítíte?	Cítím se celkem dobře, aktuálně nemám žádné problémy.
2	Kdy jste měla naposledy ataku?	V listopadu 2014
3	Co jste měla za problémy, jak to probíhalo?	Brnělo mi ve tváři, špatně jsem hýbala rukou a točila se mi hlava.
4	Kontaktovala jste svého neurologa?	Ano, byla jsem přeléčena kortikoidy, a potíže se zlepšily.
5	S touto poslední atakou jste tedy zatím měla celkem kolik atak?	Už osm.
6	Aplikujete si biologickou léčbu?	Ano, do konce ledna.
7	Máte nějaké reakce po aplikaci?	Ano, po injekci jsem velmi unavená, mám zimnici a bolí mě celé tělo. Na stehně se mi objevují modřiny a místo vpichu velmi svědí.
8	Dáváte si na místa vpichu studené obklady?	Ano a na svědění mi pomáhá Fenistil gel.
9	Měla jste v poslední době úraz?	Při delší chůzi zakopávám, několikrát jsem upadla, naštěstí bez vážnějšího poranění, ale mám obavy, že nebudu schopna chodit.
Objektivně		
Pacientka je orientována v problematice své nemoci, sama si vyhledává informace na internetu a dožaduje se uklidnění a vysvětlení svých obtíží v návaznosti na informace získané z neoborných zdrojů. Ve stoji při zavřených očích se projevuje porucha stability, rovnováhy, chůze je lehce ataktická. Na stehně je modřina po aplikaci interferonu.		

Tabulka č. 1 – Řízený rozhovor – Vnímání zdraví

9.3.2 Výživa – metabolismus

Subjektivně		
1	Držíte momentálně nějakou dietu?	Nedržím, jím všechno. Loni jsem zkoušela vegetariánství, ale cítila jsem se unavená. A pak jsem se dočetla, že je vhodné zvýšit příjem bílkovin, tak jsem se vrátila k pestré stravě.
2	Dodržujete pitný režim?	Ano, piju asi tak 2 litry tekutin denně, mám ráda zelený čaj.
3	Pijete alkohol, kávu?	Alkohol příležitostně, kávu 2xdenně.
4	Kouříte?	Ne.
5	Užíváte nějaké vitamínové doplňky?	Ano, pan doktor mi předepsal vitamin D.
6	Máte nějaké potravinové alergie?	Ne.
7	Máte chuť k jídlu?	Ano, i když při únavě po aplikaci léčby většinou nemám chuť k jídlu.
8	Zhubla jste v poslední době?	Asi 2 kila.
9	Kolik vážíte a měříte?	Vážím 68 kg a měřím 174 cm.
10	Chodíte na prohlídky k zubaři?	Ano, 2x za rok chodíme spolu s dětmi na preventivní prohlídku.
Objektivně		
Stravuje se pravidelně, jí vyváženou stravu, pitný režim dodržuje. Pacientka je normostenická, BMI je 22,5. Neudává žádnou alergii, po aplikaci interferonu mívá nechutenství. O chrup pečuje pravidelně, k zubnímu lékaři dochází pravidelně.		

Tabulka č. 2 – Řízený rozhovor – Výživa - metabolismus

9.3.3 Vylučování

Subjektivně		
1	Máte pravidelnou stolici?	Občas trpím zácpou.
2	Užíváte projímadla?	Ne.
3	Jak si tedy pomůžete?	Zácpu mívám po injekcích, když nemám chuť na jídlo, snažím se pak jíst více ovoce a zeleniny a stolice se upraví sama.
4	Máte potíže s močením?	Ano, chodím na WC často a vymočím jen malé množství.
5	Stane se někdy, že nestačíte dojít na WC?	Ano, už se mi to stalo.
6	Používáte inkontinentní pomůcky.	Když jdu ven na delší dobu, vezmu si raději inkontinentní vložku.
7	Obtěžuje Vás to?	Ano, vadí mi to, připadám si staře.
8	Musíte chodit na WC i v noci?	Ano, tak 2x za noc, mám strach, abych neupadla.
9	Potíte se?	Ne, bývá mi spíše zima.
Objektivně		
Pacientka mívá občas zácpu, která se zvýšeným příjmem vlákniny upraví sama. Trpí močovou inkontinencí. Je často léčená pro infekci močových cest. Má imperativní močení a nykturii, občas používá inkontinentní pomůcky.		

Tabulka č. 3 – Řízený rozhovor – Vylučování

9.3.4 Aktivita - cvičení

Subjektivně		
1	V jaké jste tělesné kondici?	Po rehabilitaci mám tělesnou kondici lepší, ujdu delší vzdálenost.
2	Provozujete nějaký sport?	Ne, jsem ráda, že můžu jít s dětmi na procházku do lesa.
3	Cvičíte?	Ano, i přes únavu se snažím každý den doma si chvíli zacvičit. Někdy bych nejraději celé dny proležela, ale také bych chtěla mít celý dům krásně uklizený.
4	Kolik ujdete kilometrů?	V poslední době tak jeden, pak jsem unavená a musím si odpočinout.
5	Jak se změnil stav Vaší kondice za posledních 10 let?	Před onemocněním RS jsme s manželem chodili na výlety, ušla jsem i 20 km, při zhoršení projevů RS jsem ušla sotva stovky metrů, nyní jsem ráda za ten kilometr.
6	Chodíte sama nakupovat?	Jen menší nákup, s větším mi musí pomáhat manžel.
7	Potřebujete pomoc při péči o domácnost?	Ano a těžko se s tím smírůuji. Mám ráda vše hezky uklizené a nejsem schopná toto sama obstarat...
Objektivně		
Pacientka dýchá pravidelně, frekvence dechu je 18/minutu. Krevní tlak je 120/80, srdeční akce je pravidelná, puls hmatný, 78/minutu. Chodí bez hole, pohybová koordinace je zhoršená, při zavřených očích je nejistá a vrávorá. Svalová síla na HK je slabší, levou ruku má méně obratnou, vážne jemná motorika. Potřebuje dopomoc při udržování domácnosti.		

Tabulka č. 4 – Řízený rozhovor – Aktivita - cvičení

9.3.5 Spánek - odpočinek

Subjektivně		
1	Máte problémy s usínáním?	Ano, usínám špatně, honí se mi v hlavě myšlenky, mám strach, jak budu vše zvládat dál.
2	Budíte se v noci?	Ano, brní mě ruce a také potřebuji jít na WC.
3	Kolik hodin spíte?	Tak 6 až 7 hodin denně.
4	Máte před spaním nějaký rituál?	Většinou si před spaním chvíli čtu.
5	Spíte i přes den?	Ano, jsem často unavená a odpočívám i přes den, někdy na chvíli usnu.
6	Cítíte se po spánku odpočatě?	Já se cítím skoro pořád unavená...
7	Používáte nyní nějaké léky na spaní?	Ne, večer si někdy uvařím meduňkový čaj.
8	Užívala jste někdy v minulosti léky na spaní?	Když jsem se dozvěděla, že mám RS, špatně jsem usínala. Dostala jsem na noc na uklidnění Lexaurin.
9	Zlepšilo se spaní?	Ano, byla jsem klidnější, lépe jsem usínala, ale nemůžu ho užívat celý život.
Objektivně		
<p>Pacientka spí v noci 6 až 7 hodin, v noci ji budí brnění rukou a potřeba jít se vymočit. Hůře usíná, má obavy z možného dalšího postižení. Po spánku se necítí svěže, často si musí jít odpočinout i ve dne. Pocit únavy, jako příznak RS, ji provází již léta.</p>		

Tabulka č. 5 – Řízený rozhovor – Spánek - odpočinek

9.3.6 Vnímání - poznávání

Subjektivně		
1	Vidíte dobře?	Když mám ataku, přestávám vidět na levé oko, i když se stav téměř vždy upravil, občas mám vidění zamlžené. Musím chodit 2x za rok na kontrolu na oční.
2	Máte bolesti?	Ano, po injekci mívám bolesti celého těla.
3	Co Vám pomůže?	Užívám vždy den až dva po aplikaci léky proti bolesti.
4	Máte potíže s pamětí a pozorností?	Jsem netrpělivá, špatně se soustředím. Jsem ráda, že teď chodím do školy pomáhat s jedním autistickým chlapcem a musím se mu věnovat.
5	Učíte se doma s dětmi?	Ano, ale je to náročné, přála bych si, aby kluci v životě něco dokázali...
6	Co čtete?	Dobře si odpočinu při čtení společenských románů.
7	Zajímáte se o nové vědecké poznatky o RS?	Ano, často si pročítám zprávy na internetu.
8	Jste členkou nějakého sdružení zabývající se RS?	Ne, ale čtu jejich články.
Objektivně		
Pacientka dobře slyší, mívá rozostřené vidění na levém oku, chodí častěji na kontroly k očnímu lékaři. Po aplikaci interferonu zažívá bolesti celého těla, které dobře reagují na běžná analgetika. Ráda čte beletrii, denně pomáhá svým dětem s přípravou do školy. Zajímá se o nové informace o RS.		

Tabulka č. 6 – Řízený rozhovor – Vnímání - poznávání

9.3.7 Sebepojetí – sebeúcta

Subjektivně		
1	Jakou máte dnes náladu?	Dnes celkem dobrou, jsem ráda, že vyšetření na kardiologii dopadlo výborně a já začnu užívat nový lék.
2	Míváte někdy špatnou náladu?	Velice často, moje nemoc změnila celý můj život, už nikdy nebudu úplně zdravá.
3	Užívala jste někdy léky na depresi?	Ano, ale už je neberu.
4	Myslíte, že by vám pomohly a měla jste lepší náladu?	Nevím, myslím, že to musím zvládnout sama. Často v noci, když všichni doma spí, pláču, bojím se, že budu závislá na péči jiných. Nechci, aby mě kluci viděli smutnou, a nemohoucí. Vím, že je RS můj osud a musím s ní bojovat.
5	Navštěvujete psychiatra, psychologa nebo nějakou poradnu?	Ne.
6	Co Vám pomáhá zvládat stavy smutku?	Myšlenka na děti, musím tady být pro ně, když s nimi nemůžu dělat plno věcí, chci se jim věnovat alespoň doma, povídat si s nimi, učit se, hrát hry.
7	Míváte pocit vzteku?	Ano, na celý svět...
8	Je něco, co Vás uklidní?	Jdu ven před dům, sednu si na lavičku, rozhlížím se kolem a vlastně jsem ráda, že jsem, že žiju.
Objektivně		
Vyjadřuje verbálně i neverbálně obavy z budoucnosti. Má strach, že se budou příznaky nemoci zhoršovat. Mluví o svých špatných náladách a pocitech. Ví ale také, co jí pomáhá.		

Tabulka č. 7 – Řízený rozhovor – Sebepojetí - sebeúcta

9.3.8 Plnění rolí – mezilidské vztahy

Subjektivně		
1	Kdo Vám nejvíc v životě v současné době pomáhá?	Manžel, rodiče bydlí daleko, nevidáme se často.
2	Jak manžel zvládá Vaši nemoc?	Za ty léta si zvykl, ale bývá často v práci, musí nás finančně zabezpečit, když já vydělávám tak málo.
3	Nenapadlo Vás někdy najmout si na pomoc v domácnosti hospodyně?	Manžel chtěl, ale já nechci do domu cizí ženu, raději si vše postupně udělám sama. Náročnější domácí práce nechávám na sobotu, když je manžel doma a pomůže mi.
4	Jak vychováváte svoje syny?	Snažím se s nimi domlouvat, ale někdy taky křičím a zlobím se na ně.
5	Máte nějaké přátele?	Ano, mám několik kamarádek, občas se scházíme.
6	Mají také RS?	Ne, jsou to spolužačky ze školy, občas přijdou k nám domů a společně upečeme dort nebo něco jiného.
7	Cítíte se v jejich společnosti dobře?	Ano, přijdu na jiné myšlenky, bavíme se o dětech, práci, manželech...
8	A co v práci? Jak zvládáte roli asistenta paní učitelky?	Jsem ráda, že mám práci. Byla jsem několik let doma, zvyklá na svůj klid, pohodlí, teď musím ráno brzy vstávat, ale tahle práce s dětma mě baví.
Objektivně		
<p>Rodina je pro pacientku velmi důležitá. Péče o děti a domácnost ji zabere skoro všechny volný čas. Je nešťastná, když má stavy únavy a nemůže vše dělat tak, jak by chtěla, ale nerada si říká o cizí pomoc. Spolu s manželem překonávají potíže plynoucí z onemocnění, je pro ni oporou fyzickou, ale i psychickou. Je jí líto, že má rodiče daleko a málo je vidá. Získání zaměstnání ji po psychické stránce pomohlo, je nucena, každé ráno vstát a překonávat tělesné obtíže.</p>		

Tabulka č. 8 – Řízený rozhovor – Plnění rolí – mezilidské vztahy

9.3.9 Sexualita – reprodukční schopnost

Subjektivně		
1	Chodíte pravidelně na gynekologické prohlídky?	Ano, 2x ročně.
2	Zjistili na prohlídce nějaký problém?	Ne, všechno je v pořádku.
3	Žijete s manželem intimním životem?	Ano, měli jsme špatné období, ale teď jsme spolu rádi.
Objektivně		
Pacientka pravidelně dochází na gynekologické prohlídky, byla dvakrát těhotná, bez potratu, dvakrát porodila zdravé dítě. Žije s manželem v uspokojivém vztahu.		

Tabulka č. 9 – Řízený rozhovor – Sexualita – reprodukční schopnost

9.3.10 Stres – zvládání, tolerance

Subjektivně		
1	Míváte stavy napětí, cítíte se ve stresu?	Ano, často.
2	Co tyhle stavy způsobuje?	Jsem nemocná už dlouho, Nevím, kdy může přijít další ataka, jaké bude mít následky.
3	Je něco, co Vám pomůže napětí překonat?	Nejlépe se cítím, když jsme celá rodina spolu doma.
4	Objevuje se u Vás někdy pocit ztráty naděje?	Ano, nerada myslím na budoucnost. Nejsem smířená s tím, že mám roztroušenou sklerózu.
5	Užíváte nějaké prostředky na uklidnění?	Ne, nechci už brát žádné další léky.
Objektivně		
Pacientka se v rozhovoru svěřuje se svými pocity napětí, stresu, obav z budoucnosti. Hlas je chvílemi roztřesený, má sklon k lítosti. V minulosti již užívala antidepresiva, ale v současné době by stavy smutku ráda zvládla sama.		

Tabulka č. 10 – Řízený rozhovor – Stres – zvládání, tolerance

9.3.11 Víra – životní hodnoty

Subjektivně		
1	Co je pro Vás smyslem života?	Určitě moje rodina.
2	Jaké jsou Vaše plány do budoucna?	Nad budoucností raději moc nepřemýšlím, nevím, co bude zítra...
3	Čeho se v budoucnosti nejvíce obáváte?	Že budu závislá na druhých.
4	Jakou roli hraje ve Vašem životě vyznání?	Nejsem věřící.
Objektivně		
Pacientka není věřící, její hlavní životní hodnotou je rodina. Myšlenkám na budoucnost se vyhýbá, nejvíce se obává, že se stane závislou na jiných osobách.		

Tabulka č. 11 – Řízený rozhovor – Víra – životní hodnoty

9.4 Vyšetření celkového stavu ze dne 23. 1. 2015

Posuzovaná pacientka je štíhlé postavy, váží 68 kg a měří 174 cm, BMI je 22,5. Dýchá pravidelně frekvencí 18 dechů za minutu. Krevní tlak je 120/80, tep je pravidelný s rychlostí 78 tepů za minutu, tělesná teplota 36,6 °C. Řeč je správná, v tónu hlasu slyším občas úzkost a napětí. Při stožení je vidět nestabilita, chůze je lehce nepřesná, stisk levé ruky je slabší, při zkoušce prst – nos je znát třes. Pacientka udává sníženou citlivost na HK i DK. Nálada chvílemi kolísá k depresivnímu ladění. Projevuje strach, obavy, úzkost. Z kompenzačních pomůcek používá občas jednorázové inkontinentní vložky.

Použité škály k hodnocení aktuálního stavu

Barthelův test základních všedních činností (ADL) : 95 – lehká závislost

Test instrumentálních všedních činností (IADL): 70 – částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

Hodnocení rizika pádu: skóre 2 – pacientka není ohrožena pádem

Beckova sebesuzovací stupnice deprese: 9 – lehká deprese

Kutzkeho stupnice postižení (EDSS): 4,0 – postižení těžší, hybnost, výkonnost a pracovní schopnost jsou omezeny, normální způsob života je možný bez závislosti na pomoci druhé osoby

9.5 Plán ošetrovatelské péče

Získané informace ze subjektivních i objektivních údajů jsem zpracovala do plánu ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestavené dle NANDA klasifikace, je navržen cíl ošetrovatelské péče a stanoveny intervence k jeho plnění.

9.5.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Únava (00093) související s neurologickým postižením a projevující se:

Subjektivně: slovním vyjádřením pacientky o pocitu únavy a jejím zvýšeném požadavku na odpočinek

Objektivně: sníženou výkonností

Očekávané výsledky:

Pacientka ví, že pocit únavy je projevem RS.

Pacientka vykonává běžné denní činnosti pouze do pocitu zvýšené únavy.

Pacientka sama sebe nebude přetěžovat, smíří se s občasným neuklizeným domem.

Ošetrovatelské intervence:

Zajímat se o celkový stav nemocné, případnou změnu medikace, úrovní spánku.

Vyslechnout pacientku, jak a kdy se únava projevuje.

Povzbuzovat pacientku v činnostech, které má ráda a jsou v jejích silách.

Odstraňovat příčiny špatného spánku.

Podporovat pacientku k ulehčení domácích prací.

Hodnocení:

Únavu, jako celkový projev RS, odstranit nelze, ale pacientka ví, jak s únavou bojovat, nepřetěžovat se, učí se naslouchat svému tělu a nebát se požádat o pomoc ostatní.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085) související s neuromuskulárním postižením a projevující se:

subjektivně: udává pocit nejistoty v prostoru z důvodu závratí

objektivně: zhoršenou schopností ujít požadovanou vzdálenost pro narušenou koordinaci pohybů a při snaze provádět jemné pohyby se na levé ruce objevuje třes

Očekávané výsledky:

Nemocná si bude doma cvičit dle instrukce fyzioterapeuta.

Zlepší se její svalová síla.

Ošetrovatelské intervence:

Podporovat pacientku k provádění naučených cviků.

Povzbuzovat pacientku k zapojování do rekreačních aktivit.

Doporučit provádění cviků do pocitu únavy.

Hodnocení:

Pacientka se po cvičení cítí lépe, má pocit zlepšené svalové síly.

Narušené množství a kvalita spánku (00095) související s úzkostí, strachem, přemítáním o nemoci před spánkem a projevující se:

Subjektivně: pacientka uvádí potíže s usínáním, probouzením se během noci a pociťuje nedostatek energie

Objektivně: pacientka vypadá nevyspale, unaveně, několikrát během rozhovoru zívne

Očekávané výsledky:

Dojde ke zlepšení spánku a odpočinku.

Ošetřovatelské intervence:

Posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku.

Doporučit pacientce omezení konzumace tekutin ve večerních hodinách.

Seznámit pacientku s relaxačními metodami.

Hodnocení:

Kvalita spánku se zlepšila jen částečně, přetrvávají problémy s usínáním.

Porušené vyprazdňování moči (00016) související se senzomotorickým poškozením a projevující se:

Subjektivně: častým nutkáním na močení, nykturii, nepřiměřeným drážděním k močení i při malém množství moči

Objektivně: močovou inkontinencí

Očekávané výsledky:

U pacientky se zlepší problémy s vyprazdňováním močového měchýře.

Pacientka bude znát a používat cviky k posílení svalů pánevního dna.

Bude znát možnosti, kterými lze poruchu ovlivnit a předcházet komplikacím.

Ošetřovatelské intervence:

Doporučit pacientce dodržovat pravidelný čas močení.

Kvůli omezení nykturie snížit příjem tekutin ve večerních hodinách.

Naučit pacientku provádět cviky k posílení svalů pánevního dna.

Poučit pacientku o nutnosti dodržování hygieny po vymočení a případnou výměnu inkontinentních pomůcek k prevenci infekce močových cest.

Vyjadřovat psychickou podporu.

Poučit pacientku při objevení se dysurických obtíží, aby co nejdříve přinesla vzorek moče k vyšetření kultivace.

Hodnocení:

Hodnocení bude probíhat během dalších návštěv pacientky v ordinaci.

Chronický zármutek (00137) – dlouhodobě pociťovaný smutek související s vlastním chronickým onemocněním a projevující se:

Subjektivně: má pocity zklamání, smutku, hněvu

Objektivně: zhoršenou schopností dosáhnout osobní pohody

Očekávané výsledky:

Bude vyjadřovat ústup pocitu smutku.

Bude pozitivně myslet na budoucnost.

Ošetřovatelské intervence:

Povzbuzovat pacientku k vyjadřování svých pocitů a obav.

Zapojit pacientku do společenských aktivit.

Připomenout možnost členství v Unii Roska, kterou pacientka zná, ale aktivně v ní není zapojena.

Učit pacientku žít současností.

Hodnocení:

Pacientka se chce zapojit do členství a dění v Unii Roska.

Úzkost (00146) – nepříjemný pocit obavy související se zhoršujícím se zdravotním stavem a projevující se:

Subjektivně: znepokojením z prožívaného stresu

Objektivně: chvěním hlasu, napětím v obličeji, nespavostí, lítostivostí, neklidem, mluví o strachu z následků nemoci

Očekávané výsledky:

Umí vyjádřit svoje pocity úzkosti.

Efektivně využívá všechny druhy pomoci a podpory.

Bude umět správně řešit problémy.

Ošetřovatelské intervence:

Zjistit možnosti příčiny úzkosti.

Zajistit pacientce dostatek validních informací o roztroušené skleróze.

Doporučit pacientce psychoterapeutické techniky vedoucí ke snížení úzkosti.

Podporovat pacientku k zapojení se do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problémů.

Hodnocení:

Projevy úzkosti se podařilo odstranit jen částečně.

Beznaděj (00124) – osobní hodnocení situace, kdy jedinec vnímá jen omezené způsoby řešení svého stavu, které souvisí s dlouhodobým stresem, omezenou aktivitou, zhoršeným pohybem a projevující se:

Subjektivně: slovním vyjadřováním pocitu beznaděje a smutku nad svým žitím

Objektivně: chybějící iniciativou, neochotou pozitivního pohledu do budoucnosti, utrápeným výrazem ve tváři

Očekávané výsledky:

Umí vyjádřit své pocity.

Dokáže pozitivně zhodnotit svůj dosavadní život a vyjádří důvěru v sebe.

Bude znát smysl a hodnoty života a nacházet řešení pro svoji současnou situaci.

Projeví zájem o sebe sama, o druhé lidi a o dění kolem sebe.

Ošetrovatelské intervence:

Rozhovorem s pacientkou si upřesnit rodinnou a sociální anamnézu.

Povzbuzovat pacientku k vyjadřování svých pocitů a dojmů.

Posoudit příčiny vzniku pocitů beznaděje.

Všímat si schopnosti pacientky zvládat problémy.

S pomocí rodiny povzbuzovat v pacientce naději, najít pozitivní stránku situace.

Pomáhat pacientce stanovit si krátkodobé cíle a podporovat snahu k jejich aktivnímu dosažení.

Hodnocení:

Pacientka hovoří o svých pocitech, zná do podrobností možnosti léčby RS a pokouší se hledět do budoucnosti pozitivním pohledem.

9.5.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

Riziko infekce (00004) související se sníženou obranyschopností organismu jako následek imunosupresivní léčby a projevující se:

Subjektivně: často pociťuje příznaky virózy a infekce močových cest

Objektivně: je často léčená pro infekce horních i dolních cest dýchacích a záněty močových cest

Očekávané výsledky:

Pacientka bude znát způsoby, jak infekcím předcházet nebo snížit riziko jejich vzniku.

Ošetrovatelské intervence:

Dodržovat preventivní opatření k šíření nozokomiálních nákaz.

Doporučit pacientce v době chřipkové epidemie omezit kontakt s větším množstvím lidí.

Hodnocení:

Zná způsoby, jak předcházet rizikovým situacím, které mohou způsobit infekci.

Riziko bezmocnosti (00152) – vysilující chorobný proces související s vážným chronickým neurologickým onemocněním a projevující se:

Subjektivně: vnímanou ztrátou schopnosti ovlivnit výsledek dění kolem sebe a nespokojeností z neschopnosti vykonávat běžné úkoly nebo aktivity, pochybováním o sobě

Objektivně: vyjadřovaným hněvem, pláčem, obavami ze závislosti na druhých

Očekávané výsledky:

Bude znát oblasti, které nemá pod kontrolou.

Bude se aktivně podílet na léčbě.

Bude umět požádat o pomoc.

Ošetrovatelské intervence:

Posoudit, jak vnímá svoji současnou situaci.

Naslouchat, dodávat naději, podporovat k aktivnímu přístupu k léčbě.

Mluvit s pacientkou o jejích potřebách a možnostech kontroly nad děním kolem sebe.

Připomenout pevné rodinné zázemí a možnost relaxace s přáteli.

Pomáhat pacientce řešit její problémy a případně doporučit psychologickou poradnu.

Hodnocení:

Vzhledem k vážnému neurologickému onemocnění bude riziko bezmocnosti trvat celý život. S případným zhoršením tělesného postižení je možné, že se bude riziko bezmocnosti dále zvyšovat. Je proto třeba pacientku povzbuzovat k péči o dobré rodinné vztahy, nacházení si přátel, neuzavírání se do sebe.

10 DISKUZE

V bakalářské práci se zabývám ošetrovatelskou péčí u pacientky s roztroušenou sklerózou. Možnost pozorovat její celkový stav mám již několik let. Seznámila jsem se s ní v roce 2009, kdy přešla do péče praktického lékaře, u kterého pracuji. V té době se s projevy nemoci potýkala již 3 roky. Sužovala ji hlavně únava, závratě, brnění končetin, nemožnost ujít delší vzdálenost. Střídaly se u ní projevy radosti, protože jí byla nabídnutá možnost aplikace biologické léčby. Opačně však přicházely i stavy smutku a obav z budoucnosti, jestli nebude postižena další atakou.

Po rozhovoru s pacientkou v lednu 2015, který jsem zaznamenala do pacientčiny karty v její dokumentaci, jsem si stanovila ošetrovatelský plán. Očekávané cíle, které jsem si navrhla, jsem zhodnotila po měsíci při našem dalším setkání. Některé ošetrovatelské diagnózy u této chronické nemoci nelze zcela vyřešit v tak krátké době. Proto s úspěchem hodnotím ty, u kterých došlo i k velmi mírnému zlepšení.

Ošetrovatelská diagnóza únava by se mohla jevit při jiném onemocnění jako banalita, která brzy vymizí, ale při roztroušené skleróze je pacienty vnímána jako nejvíce obtěžující příznak. *„Je to velmi subjektivní pocit a je těžké ji definovat. Bývá popisována jako absolutní nedostatek energie, pocit vyčerpání (exhausce) bez odpovídající zátěže. U většiny pacientů únavu zhoršuje stres, deprese, vysoká teplota okolí nebo horečka.“* (Havrdová, 2013, s. 139) Ověřila jsem si, že při pacientky líčeném prožívání zvýšeného stresu se pocit únavy zhoršuje. Je tedy důležité myslet na ovlivnění psychického stavu, nemocnou podporovat, povzbuzovat, učit ji nahlížet na život i z lepší strany.

Při zjišťování stupně deprese jsem vyhodnotila na Beckovo sebesuzovací stupnici pouze lehký stupeň. V rozhovoru se u pacientky objevují protichůdné pohledy na budoucnost. Zaznamenala jsem obavy z budoucích možných zhoršujících se pohybových schopností, strach z bezmocnosti a samoty. Venglářová ve své knize uvádí: *„Způsob vyrovnání se s dlouhodobým onemocněním závisí na těchto okolnostech: celkové osobnostní charakteristice, na závažnosti onemocnění, na charakteru obtíží, následků, na způsobu života nemocného, na míře nutných změn, na reakcích rodiny, na celkovém zázemí.“* (Venglářová, 2006, s. 115) Pro pacientku je nesmírně důležitá její rodina. Před třemi lety pacientka popisovala konfliktní manželské soužití, které mělo za následek zhoršení celkového tělesného stavu. Cítila se nesmírně unavená a nezvládala domácí práce. Domnívám se, že pacientky pečlivost až přehnaná snaha mít doma vše krásně uklizené

nevede ke zlepšení psychické pohody. Lékařem nasazená antidepresiva dokázala zlepšit náladu, ale samozřejmě nedokázala vyřešit prožívané problémy. Partnerský konflikt se pacientce povedlo přestat bez rozpadu rodinného zázemí a postupně došlo i ke zlepšení nálady. Pacientka v současné době antidepresiva neužívá. Projevy pláče, lítosti a nesmíření se s osudem jsem u ní zaznamenala, ale dokázala se od nich odpoutat. Radostí jsou pro pacientku její děti, kterým se věnuje a které chce vidět v budoucnu šťastné. „*Zdá se, že největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Jeho identita je chronickým onemocněním postižena nejvíce.*“ (Křivohlavý, 2002, s. 131) Úspěšně hodnotím splnění cíle ošetřovatelské diagnózy zmírnit chronický zármutek, kdy se mi podařilo přesvědčit pacientku, aby se aktivně zapojila do členství v Unii Roska. Domnívám se, že rozhovory s lidmi, kteří se naučili s nemocí žít kvalitní život, pacientce pomůže neztratit zájem o život a najít víru v sebe.

Unie Roska organizuje také cvičební programy, o které pacientka projevila zájem. Po absolvování fyzikální léčby, na kterou docházela do rehabilitačního zařízení v září, se cítila být pohyblivější a soběstačnější. Tím se vylepšila i její psychická pohoda. Pokračovat ve cvičení, podporovat k rekreačním aktivitám, jsem uvedla jako intervence k dosažení cíle ošetřovatelské diagnózy zhoršená tělesná pohyblivost. „*Rehabilitace je integrální součástí komplexní léčby u pacientu s RS. Vzhledem k pozitivnímu vlivu na klinické symptomy, imunitní systém, kvalitu života i objektivně hodnocené fyziologické a zobrazovací parametry je rovnocennou symptomatickou terapií.*“ (Havrdová, 2013, s. 408) Očekávaný cíl se tedy povedlo splnit.

Narušený spánek a subjektivně prožívané pocity úzkosti spolu jistě souvisí. „Kvalita spánku a psychické síly člověka spolu souvisejí. Nespavost vznikne dřív u člověka méně psychicky odolného nebo akutně psychicky oslabeného.“ (Borzová, 2009, s. 34) Zjistila jsem, že pacientčiny obavy z možných komplikací RS jsou často podmíněné nesprávnou interpretací informací, které pacientka získává z různých zdrojů. I když se s roztroušenou sklerózou léčí již devět let, často si informace dohledává sama doma a ne vždy dojde ke správnému závěru. Těší mě její důvěra, když se s dotazy obrací i na mě. Během let, co se známe, jsme spolu řešily různé její potíže a odpovídala jsem jí na nejednu zvědavou otázku. Protože jako všeobecná sestra nemám kompetence k zodpovězení odborných dotazů, společně s pacientkou jsme našly způsob, jak její touhu po informacích a odpovědích vyřešit. Pacientka si bude všechny otázky, které se týkají jejího onemocnění,

zapisovat. Potvrdilo se mi, že důvěra pacienta ve zdravotníka je velice důležitá. Když půjde na kontrolu do MS Centra, kam pravidelně každé tři měsíce dochází, znovu si otázky přečte, doplní a upraví. To jí pomůže zmírnit obavy a nebude se bát zeptat. Pokud existuje důvěra a spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem, je cesta k uzdravení nebo zmírnění potíží daleko snazší. Pro člověka trpícího chronickou nemocí je velice důležité o svých potížích, možnostech léčby nebo prognóze otevřeně hovořit. Domnívám se také, že odborně vedená psychoterapie by pomohla zmírnit pocity úzkosti a tím také dopomoci ke zkvalitnění spánku. Domluvily jsme se spolu, že se nebude tolik uzavírat doma a pokusí se najít si vhodnou psychoterapii.

Slezáková ve své knize uvádí: *„na to, aby mohlo ošetřovatelství v neurologii uspokojet biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacienta, se musí opírat jak o medicínské, tak o humanitní disciplíny.“* (Slezáková, 2014, s. 8)

ZÁVĚR

V bakalářské práci se věnuji roztroušené skleróze. Je to chronické neurologické onemocnění s podílem autoimunitní složky, které postihuje zejména mladé dospělé jedince, převážně ženy a bývá častou příčinou invalidizace. Na celém světě žije 2,5 milionu nemocných s RS, v České republice se jejich počet odhaduje v současné době na 17 tisíc obyvatel. Toto poměrně rozšířené onemocnění je u nás i celosvětově na vzestupu. Příčinou není jen lepší přístrojová diagnostika, která dokáže odhalit nemoc již v jejím počátku, ale v nárůstu počtu nemocných s RS bude hrát pravděpodobně roli i zhoršující se životní prostředí a styl života. V poslední době jsem si všímala, že se v médiích více o RS hovoří a píše, proto i lékaři zaznamenávají větší počet jedinců, přicházejících do ordinací s možnými příznaky RS. A to je dobře, protože největší prospěch z léčby mají ti pacienti, kterým je léčba indikována co nejdříve po stanovení diagnózy.

V praktické části se zabývám ošetrovatelským procesem u nemocné s roztroušenou sklerózou. Informace získané z rozhovoru s pacientkou jsem použila k sestavení ošetrovatelského plánu podle Modelu Marjory Gordonové. Stanovila jsem ošetrovatelské diagnózy, cíle a intervence k jejich plnění. Závěrem uvádím, že jsem se přesvědčila, že péče o pacienta s roztroušenou sklerózou vyžaduje celostní přístup a tým, který zahrnuje neurologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, sociálního pracovníka, rodinu i přátele a v neposlední řadě všeobecnou sestru. V každé fázi onemocnění je potřeba jiné osoby, ale mají společný cíl a tím je zajištění maximální kvality života pacienta s roztroušenou sklerózou.

Na roztroušenou sklerózu zatím neexistuje lék, který by ji vyléčil. Ale vědecké výzkumy stále pokračují, za posledních dvacet let se možnosti léčby dosti změnily. Pacienti mají stále naději, že bude nalezen způsob, jak je jejich zatěžující, doživotní a nevyzpytatelné nemoci zbavit. Mnoho pacientů s RS trpí úzkostí, depresemi a strachem z budoucnosti. Patří do náplně práce všeobecných sester povzbuzovat je, pozitivně motivovat, naslouchat jim a správně s nimi komunikovat. Je důležité si uvědomit, že pozitivní přístup k životu a kladné očekávání budoucnosti zvyšuje odolnost jedince proti stresu a tím napomáhá k uzdravování.

LITERATURA A PRAMENY

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-807-2627-073.

BENEŠOVÁ, Yvonne. *Roztroušená skleróza* [online]. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013 [cit. 2015-03-28]. Elportál. Dostupné z: <<http://is.muni.cz/elportal/?id=1113493>>. ISBN 978-80-210-6394-5. ISSN 1802-128X.

BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.

FUSEK, Martin. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 219 s. ISBN 9788070808108-.

HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. 1. vyd. Ilustrace Klára Zápotocká, Veronika Bratrychová. Praha: Mladá fronta, 2013, 485 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0431-547.

HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 96 s. Farmakoterapie pro praxi, Sv. 39. ISBN 978-807-3451-875.

KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.

KROKAVCOVÁ, Martina. *Perceived health status in multiple sclerosis patients*. [S.l.: s.n.], 2009. ISBN 978-907-7113-905.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jiří OBENBERGER. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4753-768.

MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 533 s. ISBN 978-802-4708-652.

Multiple Sclerosis Management 2014: Raising Expectations: výběr aktualit a zajímavostí z kongresu: 27. - 28. 6. 2014, Vídeň, Rakousko. 1. vyd. Praha: AT Mediprint, 2014, 12 s. ISBN 978-80-905639-6-4.

Ošetrovatelské diagnózy: definice. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.

PREISS, Marek, Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii. Vyd. 1. Praha: Grada., 2006, 362 s. ISBN 80-247-0843-4.*

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.*

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-802-4727-332.*

SHOENFELD, Yehuda, Terezie FUČÍKOVÁ a Jiřina BARTŮŇKOVÁ. *Autoimunita: vnitřní nepřítel. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 88 s. ISBN 978-802-4720-449.*

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.*

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.*

WABERŽINEK Gerhard, KRAJÍČKOVÁ Dagmar a kolektiv autorů, *Základy speciální neurologie, Praha, 2006, ISBN 80-246-1020-5.*

ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDOVÁ a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity: definice. 1. vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2010, 357 s. ISBN 978-802-4735-351.*

SEZNAM ZKRATEK

ATB – Antibiotika

CRP – C-reaktivní protein

DK – Dolní končetina nebo končetiny

EP – Evokované potenciály

HK – Horní končetina nebo končetiny

i.m. - Intramuskulární podání léků

i.v. – Intravenózní (nitrožilní) podání léku

MR – Magnetická rezonance

MS Centrum – Centrum pro léčbu roztroušené sklerózy

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

PL - Praktický lékař

VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Ložiska demyelinizace v mozku u pacienta s roztroušenou sklerózou

Zdroj: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=231>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Test instrumentálních všedních činností (Instrumental Activity Daily Living – IADL)

Příloha 2: Barthelův test základních všedních činností (Activity Daily Living – ADL)

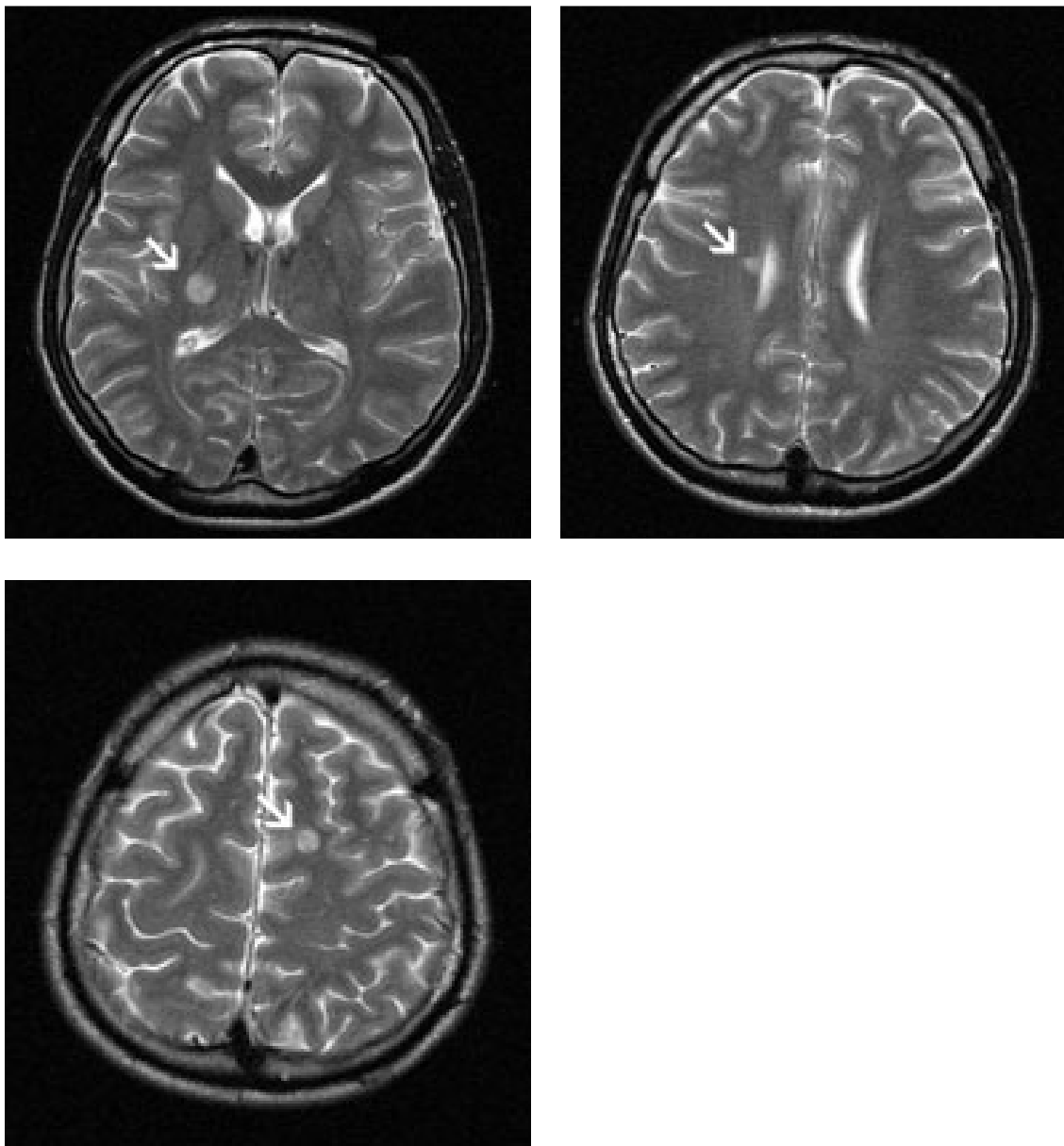
Příloha 3: Určení rizika pádu

Příloha 4: Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Příloha 5: EDSS - Kurtzkeho škála

OBRÁZEK 1

Ložiska demyelinizace v mozku u pacienta s roztroušenou sklerózou



Zdroj: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=231>

PŘÍLOHA 1

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

PŘÍLOHA 2

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

PŘÍLOHA 3

Určení rizika pádu

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

Vyhodnocení: skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

PŘÍLOHA 4

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Instrukce:

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a vyberte si to, které Vás nejlépe charakterizuje. Číslo uvedené před tímto tvrzením, vepište do záznamového archu. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení, zvolte to, které Vás přeci jenom charakterizuje nejlépe.

01. Nálada 0 - nemám smutnou náladu 1 - cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený 2 - jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat 3 - sem tak smutný nebo nešťastný, že to už nemohu snést	
02. Pesimismus 0 - do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně 1 - poněkud se obávám budoucnosti 2 - vidím, že se už nemám na co těšit 3 - vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit	
03. Pocit neúspěchu 0 - nemám pocit nějakého životního neúspěchu 1 - mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají 2 - podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů 3 - Vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal	
04. Neuspokojení z činnosti 0 - nejsem nijak zvlášť nespokojený 1 - nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával 2 - už mě netěší skoro vůbec nic 3 - ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení	
05. Vina 0 - necítím se nijak provinile 1 - občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní 2 - mám trvalý pocit viny 3 - ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk	
06. Nenávisť sebe sama 0 - necítím se zklamán sám sebou 1 - zklamal jsem se sám v sobě 2 - jsem dosti znechucen sám sebou 3 - nenávidím se	
07. Myšlenky na sebevraždu 0 - vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl něco udělat 1 - mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít 2 - často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu 3 - kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život	

<p>08. Sociální izolace</p> <p>0 - neztratil jsem zájem o lidi ve svém okolí 1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve 2 - ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní 3 - ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít</p>	
<p>09. Nerozhodnost</p> <p>0 - dokážu se rozhodnout v běžných situacích 1 - někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí 2 - rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže 3 - vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout</p>	
<p>10. Vlastní vzhled</p> <p>0 - vypadám stejně jako dříve 1 - mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně 2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně 3 - mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě</p>	
<p>11. Potíže při práci</p> <p>0 - práce mi jde od ruky jako dříve 1 - musím se nutit, když chci začít něco dělat 2 - dá mi velké přemáhání abych cokoli udělal 3 - nejsem schopen jakékoli práce</p>	
<p>12. Únavnost</p> <p>0 - necítím se více unaven než obvykle 1 - unavím se snáze než dříve 2 - všechno mě unavuje 3 - únava mně zabraňuje cokoli dělat</p>	
<p>13. Nechutenství</p> <p>0 - mám svou obvyklou chuť k jídlu 1 - nemám takovou chuť k jídlu, jako jsem míval 2 - mnohem hůře mi teď chutná jíst 3 - Zcela jsem ztratil chuť k jídlu</p>	

Hodnocení:

Norma: 0 – 9

Lehká až střední deprese: 9 – 24

Těžká deprese: 25 a více

Zdroj: chopn.registry.cz/res/file/chopn/deprese-beck.doc

PŘÍLOHA 5

EDSS - Kurtzkeho škála

0	normální nález (všechny FS = 0)
1,0	bez disability (jeden FS = 1, ostatní = 0)
1,5	bez disability (dva FS = 1, ostatní = 0)
2,0	minimální disability v jednom FS (jeden FS = 2, ostatní FS = 0 nebo 1)
2,5	minimální disability ve dvou FS (dva FS = 2, ostatní FS = 0 nebo 1)
3	střední disability v jednom FS (jeden FS = 3, ostatní FS = 0 nebo 1)
3,5	střední disability v jednom FS (jeden FS = 3), lehká disability v jednom nebo dvou (FS = 2), ostatní FS = 0–1
4	chůze bez opory a bez zastavení ≥ 500 m, obvykle jeden FS = 4, ostatní 0–1, nebo kombinace nižších stupňů, přesahující ale definici pro skóre 3,5
4,5	chůze bez opory a bez zastavení ≥ 300 m, obvykle jeden FS = 4 a kombinace nižších, přesahující definici pro skóre 4,0
5	chůze bez opory a bez zastavení ≥ 200 m, obvykle nejméně jeden FS = 5 nebo kombinace nižších, přesahující definici pro skóre 4,5
5,5	chůze bez opory a bez zastavení ≥ 100 m
6	jednostranná opora v chůzi, schopen ujít ≥ 100 m s nebo bez zastávky
6,5	oboustranná opora v chůzi, schopen ujít ≥ 20 m s nebo bez zastávky
7	neschopen ujít 5 m ani s pomocí, odkázaný na invalidní křeslo, s nímž je schopen se pohybovat sám a stejně jako zvládá transfer na něj a z něj
7,5	odkázaný na invalidní křeslo, potřebuje pomoc s transferem na křeslo a/nebo s ovládním křesla
8	odkázaný na lůžko nebo invalidní křeslo, většinu dne mimo lůžko, zvládá některé úkony sebeobsluhy a efektivně používá horní končetiny
8,5	odkázaný na lůžko po většinu dne, některé úkony sebeobsluhy zvládá stejně, jako efektivně používá horní končetiny
9	bezmocný pacient, schopen polykat i komunikovat
9,5	zcela bezmocný pacient, neschopen polykat ani komunikovat
10	smrt v důsledku RS

FS – Funkční systémy (zrak, motorika, kmenové, mozečkové funkce, sfinktery, senzitivní obtíže, orientační hodnocení kognitivního postižení a únavy)

Zdroj: http://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js13/rs_2/web/pages/03-formy-roztrousene-sklerozy.html