

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Tesařová Eva**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Eva Tesařová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ŽIVOT S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Martina Šellingová

PLZEŇ 2015

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva TESAŘOVÁ**  
Osobní číslo: **Z12B0053K**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Život s roztroušenou sklerózou**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Minimálně tři konzultace s vedoucím bakalářské práce

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- AMBLER, Zdeněk. Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2433-4.
- HAVRDOVÁ, Eva. Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 96s. Farmakoterapie pro praxi, Sv. 39. ISBN 978-80-7345-1875.
- HAVRDOVÁ, Eva. Roztroušená skleróza. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002. 98s. Levou zadní. ISBN 80-85875-79-9.
- TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 185s. ISBN 80-7013-324-4.
- KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax. Martin: Vydavateľstvo Osveta, c 1995. xxxi. 836s. ISBN 80-217-0528-0.

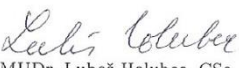
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Šellingová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: 25. června 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 31. března 2015

  
Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.  
děkan



  
Mgr. Jana Holubková, DiS.  
vedoucí katedry

V Plzni dne 30. ledna 2015

### Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 1. 2015.

.....

### Poděkování

Děkuji Mgr. Martině Šellingové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

V Plzni 30. 1. 2015

.....

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Tesařová Eva

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Život s roztroušenou sklerózou

Vedoucí práce: Mgr. Martina Šellingová

Počet stran – číslované: 80

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 18

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: ataka, psychologie, roztroušená skleróza, myelin, ošetrovatelská péče, edukace, rehabilitace

### **Souhrn:**

Tématem bakalářské práce je život s roztroušenou sklerózou.

V teoretické části je popisována charakteristika nemoci, její diagnostika, léčba, ošetrovatelská péče, edukace nemocného, lázeňská léčba, sociální problematika a členství v organizaci Roska.

Praktická část je zaměřena na kazuistiku dvou mužů, kteří s touto nemocí žijí přes dvacet let, ale mají odlišný přístup nemoci a životu celkově. Součástí práce je vytvoření edukačních plánů, které mohou být nápomocny rodinným příslušníkům při péči o své blízké v domácím prostředí.

## **Annotation**

Surname and name: Tesařová Eva

Department: Nursing and midwife care

Title of thesis: Life with multiple sclerosis

Consultant: Mgr. Martina Šellingová

Number of pages – numbered: 80

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 18

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 30

Keywords: Attack, psychology, multiple sclerosis, myelin, nursing, tutoring, rehabilitation

### Summary:

This brief thesis is about life with multiple sclerosis.

Theoretical part is dedicated to the attribute of multiple sclerosis, it's diagnostics, treatment and nursing, tutoring of the patient, spa treatment, social problems and membership in Roska organization.

Practical part is dedicated to the case report of two men, who live with this disease over twenty years and have different approach to this disease and to the life in general.

Part of this thesis deals with tutoring plans, that could help to the family members with homecare.



# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ .....</b>                                   | <b>11</b> |
| 1.1 Výskyt nemoci a fakta o RS .....   | 11        |
| 1.2 Etiologie nemoci .....   | 12        |
| 1.3 Klinický obraz.....  | 12        |
| 1.3.1 Senzitivní poruchy.....  | 13        |
| 1.3.2 Optická neuritida .....  | 13        |
| 1.3.3 Porucha motoriky .....   | 13        |
| 1.3.4 Poruchy funkce mozkového kmene.....  | 13        |
| 1.3.5 Vestibulocerebrální poruchy.....   | 14        |
| 1.3.6 Mikční poruchy .....   | 14        |
| 1.3.7 Sexuální dysfunkce.....  | 15        |
| 1.3.8 Neuropsychologie a poruchy kognice .....                                   | 15        |
| 1.3.9 Únava.....   | 16        |
| 1.3.10 Bolest .....  | 16        |
| 1.4 Historie nemoci.....   | 17        |
| 1.5 Roztroušená skleróza .....   | 18        |
| 1.6 Typy průběhu roztroušené sklerózy mozkomíšní.....                            | 18        |
| 1.6.1 Relaps remitentní typ (stádium atak a remise).....                         | 19        |
| 1.6.2 Sekundárně chronicko – progresivní typ .....                               | 19        |
| 1.6.3 Relabující progredující typ .....  | 19        |
| 1.6.4 Primárně progresivní typ .....   | 20        |
| 1.7 Diagnostika roztroušené sklerózy .....                                       | 20        |
| 1.7.1 Klinické vyšetření.....  | 20        |
| 1.7.2 Oftalmologické vyšetření .....   | 20        |
| 1.7.3 Magnetická rezonance .....   | 21        |
| 1.7.4 Odběr mozkomíšního moku .....  | 21        |
| 1.7.5 Vyšetření evokovaných potenciálů.....                                      | 21        |
| 1.8 Sdělení diagnózy.....  | 21        |
| <b>2 LÉČBA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY MOZKOMÍŠNÍ.....</b>                              | <b>23</b> |
| 2.1 Léčba akutní ataky nemoci .....  | 23        |
| 2.2 Léčba dlouhodobá ve stadiu remitentním, kdy se střídají ataky a remise ..... | 24        |
| 2.3 Léčba ve stadiu sekundární chronické progresse .....                         | 25        |
| 2.4 Léčba primárně progresivního typu nemoci .....                               | 25        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 2.5      | Léčba maligního průběhu nemoci.....                                   | 26        |
| 2.6      | Nově zaváděné léky .....  | 26        |
| 2.7      | Symptomatická léčba.....  | 27        |
| <b>3</b> | <b>OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NEMOCNÉHO S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU .....</b> | <b>29</b> |
| 3.1      | Specifické ošetrovatelské problémy u nemocných s RS.....              | 29        |
| 3.2      | Rehabilitace u nemocných s RS.....                                    | 31        |
| 3.3      | Edukace nemocného a jeho rodinných příslušníků.....                   | 31        |
| 3.3.1    | Aplikace léků .....   | 32        |
| 3.3.2    | Pravidelné kontroly na neurologii v centrech MS .....                 | 32        |
| 3.3.3    | Životospráva u nemocných s RS .....                                   | 32        |
| 3.3.4    | Výživa nemocných s RS.....  | 33        |
| 3.3.5    | Těhotenství, porod a RS .....   | 34        |
| 3.3.6    | Lázeňská léčba.....   | 35        |
| 3.3.7    | Unie Roska .....  | 35        |
| 3.3.8    | Pomoc v sociální oblasti .....  | 36        |
| <b>4</b> | <b>PRAKTICKÁ OBECNÁ ČÁST .....</b>                                    | <b>37</b> |
| 4.1      | Formulace problému .....  | 37        |
| 4.2      | Cíl výzkumu.....  | 37        |
| 4.3      | Výzkumné otázky .....   | 37        |
| 4.4      | Druh výzkumu a výběr metodiky .....                                   | 38        |
| 4.5      | Metoda .....  | 38        |
| 4.6      | Výběr případu .....   | 38        |
| 4.7      | Způsob získávání informací.....                                       | 38        |
| 4.8      | Organizace výzkumu .....  | 39        |
| 4.9      | Výběr ošetrovatelského modelu.....                                    | 39        |
| 4.10     | Ošetrovatelská anamnéza .....   | 40        |
| 4.11     | Ošetrovatelský proces .....   | 45        |
| 4.12     | Hodnotící škály .....   | 46        |
| 4.13     | Fyzikální vyšetření nemocného všeobecnou sestrou .....                | 46        |
| 4.13.1   | Krevní tlak .....   | 46        |
| 4.13.2   | Puls .....  | 47        |
| 4.13.3   | Tělesná teplota.....  | 47        |
| 4.13.4   | Dýchání.....  | 47        |
| 4.13.5   | Hmotnost a výška .....  | 48        |
| 4.13.6   | Stav vědomí .....   | 48        |
| <b>5</b> | <b>SPECIÁLNÍ ČÁST - KAZUISTIKY .....</b>                              | <b>49</b> |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 5.1      | Kazuistika č. 1.....                                   | 49        |
| 5.2      | Odebrání ošetřovatelské anamnézy.....                  | 49        |
| 5.3      | Fyzikální vyšetření nemocného všeobecnou sestrou ..... | 54        |
| 5.4      | Plán ošetřovatelské péče .....                         | 55        |
| 5.4.1    | Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....                  | 55        |
| 5.4.2    | Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....               | 61        |
| 5.4.3    | Edukační plán 1 .....                                  | 62        |
| 5.5      | Kazuistika č. 2.....                                   | 65        |
| 5.6      | Odebírání ošetřovatelské anamnézy .....                | 65        |
| 5.7      | Fyzikální vyšetření nemocného všeobecnou sestrou ..... | 69        |
| 5.8      | Plán ošetřovatelské péče .....                         | 70        |
| 5.8.1    | Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....                  | 70        |
| 5.8.2    | Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....               | 74        |
| 5.8.3    | Edukační plán .....                                    | 75        |
| <b>6</b> | <b>DISKUSE.....</b>                                    | <b>77</b> |
| <b>7</b> | <b>ZÁVĚR .....</b>                                     | <b>80</b> |
|          | <b>SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ</b>                  |           |
|          | <b>SEZNAM PŘÍLOH</b>                                   |           |

## ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku roztroušené sklerózy mozkomíšní. Roztroušená skleróza je závažné chronické neléčitelné neurologické onemocnění, které zcela jistě ovlivňuje kvalitu života nemocných. Průběh nemoci významně ovlivňuje jednak přístup ošetřujícího personálu, a jednak přístup samotného nemocného.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo poskytnout hlubší náhled do problematiky ošetrovatelského procesu o nemocné s roztroušenou sklerózou a zdůraznit specifické ošetrovatelské problémy spjaté s tímto typem onemocnění. Pro tento účel jsem zpracovala kazuistiky dvou mužů se stejným onemocněním, avšak s rozdílným přístupem k nemoci a životu.

V teoretické části popisují definici nemoci, její vznik, příznaky, typy roztroušené sklerózy, diagnostiku a léčbu. Zmiňují se o historii onemocnění, specifických ošetrovatelských problémech u nemocných a důležitosti edukace.

V praktické části jsem zpracovala kazuistiky dvou nemocných. Pro zpracování jsme využila ošetrovatelský model Nancy Roperové. Na základě získaných informací jsem vypracovala plány ošetrovatelské péče. Tyto plány je možné použít nejen pro ošetřující personál, ale vnímám je jako přínosné i pro samotné pacienty nebo jejich rodinné příslušníky, kteří se starají o tyto nemocné v jejich domácím prostředí.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ

Roztroušená skleróza mozkomíšní (dále jen RS) – je definována jako onemocnění centrálního nervového systému (dále jen CNS). Uplatňují se při něm autoimunitní mechanismy. Dochází k poškození myelinu a poškození axonů. Trvalou invaliditu způsobuje ztráta axonů. (Havrdová, 2009, s. 8)

RS nepostihuje celkovou inteligenci. Těžký deficit se objevuje pouze v ojedinělých případech a je vždy spojován s velkou destrukcí nervových vláken. (Dušánková, 2006, s.18)

### 1.1 Výskyt nemoci a fakta o RS

Výskyt RS je nerovnoměrný po celém světě. Závisí na etnickém původu a geologické oblasti. Nejčastěji se objevuje u osob skandinávského původu, minimální je u osob žijících okolo rovníku. Pokud bychom se zajímali o Českou republiku, je největší výskyt v severozápadním regionu Čech. Důvodem se zdá být devastace ovzduší exhaláty a klimatickými vlivy. (Lenský, 1996, s. 27,32). V České republice je prevalence od 100 do 130 nemocných na 100 000 obyvatel. Nejčastěji je nemoc diagnostikována mezi 20. – 40. rokem života a postihuje více ženy než muže a to v poměru 2:1. (Havrdová, 2009, s. 8)

Na světě onemocnělo RS 2 500 000 lidí. Je při ní poškozován myelin, který pokrývá nervová vlákna CNS. Nemoc není nakažlivá a vyskytuje se více u žen než mužů. RS není dědičná, ale genetika hraje roli v jejím výskytu. Není známa příčina nemoci, ale hodně je známo o jejích účincích na funkci imunitního systému. Zánět a ztráta myelinu způsobí přerušení nervových drah a poškození různých funkcí těla. Za sklerózu se považují vznikající jizvy, což jsou plakety a léze na mozku a míše. Neexistuje lék na vyléčení, jsou ale dostupné léky, které mohou průběh nemoci pozastavit a pozměnit. Mnohé z nepříjemných a obtěžujících příznaků se dají s dnešními léky celkem úspěšně zvládat a zaléčit (Zika, 2004, s. 14,15)

## 1.2 Etiologie nemoci

Příčina není jednoznačně známa. V současnosti se za ni považuje chronická zánětlivá imunitní porucha. (Ambler, 2011, s. 221) K propuknutí choroby dochází na podkladě genetických faktorů. Vlastní onemocnění se nedědí, ale je známa určitá vnímavost k RS. Cílem výzkumu je odhalit geny, které určují agresivní průběh nemoci a geny spojené s odpovědí na určitý lék. Proto je možno od začátku nemoci volit pro každého lék individuálně a na míru. (Krasulová, 2007, s. 21). Ze zevních faktorů se za nejdůležitější považují virové infekce, hormonální změny, chronický stres, vliv nedostatku vitamínu D, kouření, přítomnost chemikálií v potravě při jejím zpracování a výživy obecně. (Havrdová, 2009, s. 14). Onemocnění se vyznačuje mnohočetnými zánětlivými ložisky v bílé hmotě mozku a míchy, především okolo mozkových komor, kmene, bazálních glií a zřetelného nervu. V ložiscích se histopatologicky nachází T lymfocyty, B lymfocyty, makrofágy, destrukce myelinu, porušená hematoencefalická bariéra, přítomnost protizánětlivých a toxických látek, plazmatické buňky s produkcí imunoglobulinů a různý počet zpřetrhaných axonů.

Za iniciátory nemoci se považují autoagresivní T lymfocyty, které se nacházejí v periferní krvi i u zdravých jedinců. U nemocných s RS mají schopnost velké aktivace na základě podnětu (virová infekce), proto se RS řadí mezi autoagresivní nebo autoimunitní onemocnění. Po zmnožení překračují hematoencefalickou bariéru a přestupují z krve do mozku a napadají myelin. Aktivovaný lymfocyt produkuje látky bílkovinného charakteru – cytokiny, které se podílejí na zánětu. (Havrdová, 2001, s. 236) Vlivem zánětlivých lézí dochází k destrukci myelinu a poruše funkce axonů v demyelinizovaném ložisku. Destrukci myelinu může napravit remyelinizace. Po opakovaných demyelinizacích regenerační schopnost klesá a tkáňový defekt se hojí jizvou. (Jedlička, 2005, s. 204,205).

## 1.3 Klinický obraz

Některé příznaky jsou pro RS typické a vedou k rychlému stanovení diagnózy. Jiné jsou vzácné a lékař je nemusí spojovat s RS. Nejčastější jsou obtíže senzitivní, sem se řadí stěhovavé parestezie, poruchy zraku, motorické symptomy. Mezi méně časté patří diplopie,

periferní paréza lícního nervu, neuralgie trigeminu, sfinkterové a sexuální potíže. Někteří nemocní si stěžují na velkou únavu. (Havrdová, 2013, s. 118)

### **1.3.1 Senzitivní poruchy**

Jsou často podceňovány, je jim přičítán původ neurotický nebo vertebrogenní. Při vyšetření je velmi důležitá anamnéza. Senzitivní poruchy se dělí na poruchy kožní citlivosti a poruchy hluboké citlivosti. Mezi senzitivní potíže patří také bolest. Jedná se o bolestivé dysestezie končetin, pocity stažení obručí na trupu, končetinách, bolest ramen a pánve bez patologického nálezu. (Havrdová, 2013, s. 118)

### **1.3.2 Optická neuritida**

Jedná se o jednostrannou ztrátu vizu, provázenou bolestí při pohybu očního bulbu. Klinicky se projeví jako zamlžení až ztráta vizu, výpadek v zorném poli a porušené barevné vidění. (Havrdová, 2013, s. 119)

### **1.3.3 Porucha motoriky**

Je nejčastějším důvodem invalidity. Typická je asymetrická paraparéza dolních končetin nebo kvadrupareza provázená nárůstem spasticity, flekčními a extenčními spasmy. Spasticita se vyskytuje až u 85 % nemocných s RS, bývá různého stupně, výrazně ovlivňuje denní aktivitu a omezuje v běžných činnostech. Při hodnocení hybnosti (Kurtzkeho škála postižení hybnosti příloha č. 1) se zjišťuje rozsah chůze, opory při chůzi, ovládání mechanického vozíku, přesun z vozíku na lůžko, toaletu. Postižení horních končetin se projeví ve ztrátě schopnosti sebeobsluhy a sebepéče – pomoc při hygieně, oblékání, obouvání, stravování, vyprazdňování (Havrdová, 2013, s. 120)

### **1.3.4 Poruchy funkce mozkového kmene**

Okohybné poruchy jsou vnímány jako dvojitě vidění, kmitání obrazu, ztížená akomodace, diplopie porucha stability, fixace pohledu, nejistota v prostoru. (Havrdová, 2013, s. 120)

Neuralgie trigeminu je silná, šlehavá bolest v oblasti inervované větvemi trigeminu, nejvíce 2. a 3. větví. Bolestivé výboje trvají několik sekund až minut, vznikají po senzitivním stimulu (čištění zubů, lehký dotek, mluvení).

Parézy lícního nervu se projevují jako centrální nebo periferní, někdy jako fascikulace v mimickém svalstvu.

Porucha polykání vzniká špatnou koordinací faryngu a jícnu, kdy dochází k nedokonalému uzavření hrtanové příklopky a porušená senzitivní inervace vede ke špatné informaci o velikosti sousta.

Na podkladě spasticity a slabosti řečových svalů vzniká porucha řeči, která bývá často doprovázena porušenou tvorbou hlasu. (Havrdová, 2013, s. 124)

### **1.3.5 Vestibulocerebrální poruchy**

Mozeček a vestibulární systém mají významný podíl na vzpřímené poloze těla, udržování rovnováhy, regulaci svalového napětí, koordinaci pohybů hlavy a očí. Mozečkové příznaky jsou velmi časté, kombinují se s postižením pyramidových, senzitivních a kmenových drah. Těžké projevy mozečkových dysfunkcí mají zhoršenou prognózu. Poruchy se dělí na ataktické a tremor. Ataxie se projevuje porušenou koordinací a cílením. Nemocný pociťuje nepřesnost pohybů horní končetiny, porušenou stabilitu a chůzi, obtížné ovládání řečových a dýchacích svalů.

Často se také vyskytuje intenční třes, který nastává před dosažením cíle pohybu, postihuje nejprve horní končetiny, pak dolní končetiny, následuje hlava a trup. Rozsah třesu rozhoduje o tom, jak bude nemocný invalidní.

K dalším nepříjemným potížím a projevům patří závrat', mimovolní kmitavý pohyb očních bulbů a tonické úchyly trupu a končetin. (Havrdová, 2013, s. 125)

### **1.3.6 Mikční poruchy**

Při problémech s močením jsou nejvíce obtěžující tyto příznaky: silné nucení na močení, zpomalení proudu moče, časté noční močení, nedostatečné vyprázdnění močového měchýře, úplná zástava močení, inkontinence, infekce močových cest (Havrdová, 2013, s. 127)



Poruchy se dělí podle typu, úrovně postižení dolních močových cest a úrovně postižení nervových drah.

Neurogení hyperaktivita detruzoru – je nejčastější dysfunkce, výskyt závisí na uložení léze, projevuje se polakisurií, urgencí a nykturií.

Hypokontraktilita detruzoru – léze se nachází v oblasti mozečku, sakrální míchy, projevuje se opožděným startem mikce, prolongovaným nebo přerušovaným močením, slabým proudem moče a nedostatečným vyprázdněním močového měchýře.

Uretrální dysfunkce – důvodem je nedostatečná relaxace nebo paréza zevního svěrače močové trubice. Projeví se celou škálou příznaků, od úplné inkontinence až po vznik retence moče.

U těchto poruch je vždy nutná spolupráce neurologa a urologa, důraz se klade na vyšetření moče, renálních funkcí, urodynamické vyšetření, cystoskopii a vedení mikčního deníku. (Havrdová, 2013, s. 128,129)

Většina nemocných trpí také často zácpou. Je způsobena vedlejšími účinky léků na RS, sníženou pohyblivostí, nedostatečným pitným režimem a podobně.

### **1.3.7 Sexuální dysfunkce**

Postihují ženy i muže. Pokud se RS objeví v produktivním věku, často se stává příčinou snížené kvality života celého páru, v mnoha případech se podílí na neschopnosti početí. Příčinou je postižení nervových drah, které jsou zodpovědné za správnou sexuální funkci. (Havrdová, 2013, s. 130)

### **1.3.8 Neuropsychologie a poruchy kognice**

Do této skupiny patří deprese, bipolární afektivní porucha, úzkostné poruchy, euforie. Deprese se považuje za nejčastější neuropsychiatrický syndrom u RS. Na jejím rozvoji se podílí reakce na vznik onemocnění, vedlejší účinky léků, délka nemoci, pocit bezmoci a nejisté budoucnosti. (Havrdová, 2013, s. 132)

Pokud se deprese včas neléčí, rozvine se do depresivního syndromu. K jeho příznakům patří zhoršené soustředění a pozornost, snížené sebevědomí a sebeúcta, pocit

méněcennosti, pesimistický výhled do budoucnosti, psychomotorická agitovanost, která se projevuje neschopností vydržet na jednom místě, psychomotorická retardace, jejímž projevem je např. zpomalení řeči, poruchy chuti k jídlu, poruchy spánku a myšlenky na sebepoškození a sebevraždu (Dušánková, 2006, s. 5)

Nejcharakterističtějším znakem zhoršení kognitivních funkcí u RS je zpomalené zpracování informací, postižení dlouhodobé paměti a pozornosti. (Havrdová, 2013, s. 136). Problémy se vyskytují již v začátku onemocnění až u 50 % nemocných. Včasně zahájenou léčbou, tréninkem kognitivních funkcí a psychologickou podporou se může podařit poruchy zpomalit. (Pitřha, 2014, s. 27)

### **1.3.9 Únava**

Je to jeden z příznaků, který nemocného nejvíce obtěžuje. Může být způsobena jednat přítomností zánětu v CNS, sníženým počtem axonů a demyelinizací, ale může mít příčiny v infekci, anémii, depresi, porušené funkci štítné žlázy. Možností, jak ovlivnit únavu, je podávat protizánětlivé léky a pečovat o fyzickou kondici nemocného. V době akutní ataky se doporučuje fyzickou aktivitu přerušit, po odeznění je pro nemocného vhodné lehce rehabilitovat, což zlepšuje kardiovaskulární zdatnost, neurologický nálezný a zvyšuje kvalitu života. (Havrdová, 2009, s. 65)

Únava a deprese se doporučuje po psychiatrickém vyšetření léčit podáváním antidepresiv SSRI. (Kóvari, 2006, s. 6)

### **1.3.10 Bolest**

Poruchy cití, mezi které se řadí brnění a mravenčení, se mohou změnit v přecitlivělost a v nepříjemné vjemy. Vyskytují se okolo úst, očí, jazyka, na hrudi a končetinách.

Bolest většinou vyvolává velká spasticita svalů, bolestivé kontraktury, nefyziologické držení trupu a končetin, vychýlené těžiště, nadměrná tělesná hmotnost, neschopnost se uvolnit, neměnná poloha a pozice na vozíčku. (Lenský, 1996, s. 49)

Velkým problémem je bolest při osteoporóze, která nejvíce postihuje obratle a konce dlouhých kostí.

K bolesti centrálního původu patří bolesti psychogenní, neurotické a snížení prahu pro vnímání bolesti. K periferní bolesti patří otlaky od opěrných pomůcek, namožení svalů, bolesti nohou od plochých chodidel, křečových žil, šlachových a vazivových přetížení a zánětů. (Lenský, 1996, s. 50, 51)

## 1.4 Historie nemoci

První záznamy o nemoci jsou z Nizozemí ze 14. století. Svatá Lidwina ze Shiedamu měla příznaky nemoci, které se připisovaly projevům RS, ale později byly zpochybněny.

Augustus Friedrich d'Este (1794 - 1848) si do deníku zaznamenával příznaky, které se u něho postupně objevovaly. Zmíněny jsou zrakové a sfinkterové potíže, potácivá chůze a postupné ochrnutí.

První odborný popis pochází od dvou patologických anatomů, kteří působili v Paříži. Jedním z nich byl profesor Jean Cruveilhier (1791 – 1874), který popisoval u 31 leté ženy obrnu dolních končetin a třes. U druhého případu 54 leté ženy vyobrazil a charakterizoval sklerózu jako „skvrnitou a ostrůvkovitou“.

Skot Robert Carswel (1783 – 1857) nakreslil v bílé hmotě míchy nepravidelná a různě veliká ložiska žlutavě hnědé barvy.

O klinickou formulaci se v roce 1868 zasloužil pařížský neurolog Jean Martin Charcot (1825 – 1893). RS definoval jako „sclerose en plaques“. Tento termín a označení ložiska jako plaka se používá dodnes. (Lenský, 1996, s. 18, 20) Popsal RS jako samostatnou chorobu a její tři příznaky – nystagmus, skandovaná řeč a intenční stres.

Velkým přínosem pro pochopení vývoje nemoci, diagnostiku a léčení byl objev magnetické rezonance. Od roku 1981 se stala nedílnou součástí výzkumu a praxe.

Druhá polovina 20. století zaznamenala významné úspěchy v ovlivnění příznaků, akutních atak a průběhu celé nemoci. Existuje řada vyzkoušených léků, pro diagnostiku byla přijata McDonaldova kritéria- příloha č. 2. (Havrdová, 2013, s. 17, 20)

## **1.5 Roztroušená skleróza**

RS je velice variabilní nemoc. Klinický průběh je charakterizován akutním zhoršením neurologických příznaků nebo postupným zhoršováním neurologických funkcí. Na začátku onemocnění se může zdát, že se klinický stav po odeznění ataky vrací do normálu, skutečnost je však jiná. Až 42% atak zanechává trvalé následky, které časem vedou k invaliditě a ke změně kvality života.(Havrdová, 2013, s. 143)

Nejtypičtějším znakem RS je střídání atak a remisí.

Ataka se projeví vznikem nových nebo zhoršujících se neurologických příznaků, které přetrvávají alespoň 24 hodin. Ataky z důvodu infekce vznikají většinou na konci nebo několik dnů po odeznění infekčního onemocnění.

Progrese označuje trvalé zhoršení objektivního neurologického nálezu, který trvá tři až šest měsíců. Podle průběhu se rozděluje na maligní a benigní formu nemoci. (Havrdová, 2009, s. 21)

Maligní forma popisuje průběh nemoci, kdy za poměrně krátkou dobu od začátku onemocnění dochází k rychlému zhoršení neurologického deficitu nebo ke smrti.

Benigní forma označuje průběh nemoci, kdy i po patnácti letech trvání nemoci je nemocný bez neurologického deficitu s málo častými atakami.(Havrdová, 2013, s. 145)

## **1.6 Typy průběhu roztroušené sklerózy mozkomíšní**

Na průběh RS mají vliv různé zhoršující momenty, mezi které patří horečnaté stavy, angíny, infekce horních cest dýchacích, operativní zákroky, úrazy hlavy a páteře, zlomeniny, velká tělesná námaha, psychické zatížení, nadměrný příjem alkoholu a kouření, infekce urologického, zažívacího a u žen i gynekologického ústrojí, těhotenství a porod. (Lenský, 1996, s. 47) Průběh nemoci také ovlivňuje pracovní neschopnost. Invalidní důchody jsou, částečné nebo plné a jsou přiznávány podle formy a vývoje RS. Zvažuje se způsobnost k vykonávání určitého druhu zaměstnání. Nevhodné je prostředí v chladu, horku, průvanu, na slunci, ve výparech, v přílišném hluku, při nedostatečném osvětlení.

Pokud je postižen zrak a rovnováha, je třeba se vyvarovat výšek. Hrozí riziko pádu a poranění dalších lidí.

U osob, které řídí motorové vozidlo, je třeba posoudit způsobilost k řízení. Překážkou bývá porucha zraku, těžké poruchy hybnosti ve smyslu obrny, nekoordinace a třesu. U celé řady nemocných může pomoci vhodná technická úprava auta. Vždy je nutné vše objektivně a individuálně posoudit, protože unáhlený zákaz může nemocného poškodit. Přesun vozidlem, hlavně na lékařské prohlídky a nákupy, má pro něj nenahraditelný význam.(Lenský, 1996, s. 44,46)

U RS jsou známy celkem čtyři typy.

### **1.6.1 Relaps remitentní typ (stádium atak a remisí)**

U 85% nemocných začíná onemocnění výskytem akutních, ale krátkých atak. Nepříznivý vývoj nemoci nastává u osob mužského pohlaví, pokud nemoc vznikla v pozdějším věku, při vysokém podílu relapsů a fyzickém zhoršení v prvních 5 letech nemoci. (Rovaris, 2010, s. 5)

Období atak trvá pět až patnáct let. Některé ataky se upraví úplně, jiné zanechávají následky, které se projeví patologickým neurologickým nálezem nebo invaliditou. (Havrdová, 2009, s. 19)

### **1.6.2 Sekundárně chronicko – progresivní typ**

Tento typ plynule navazuje na relaps – remitentní typ. Zmenšuje se zánětlivá aktivita a objevuje se postupná a nevratná progresie nemoci. (Tremlett, 2010, s. 9) Ataky nejsou již tak nápadné, spíše dochází k pozvolnému nárůstu invalidity. Při použití Kurtzkeho škály se stav nemocného hodnotí stupněm 4 – 5.(Havrdová, 2009, s. 20)

### **1.6.3 Relabující progredující typ**

Dříve se označoval jako Marburgova RS , jelikož ji v roce 1906 popsal Otta Marburg.(Costelloe, 2010, s. 4) Tento typ se naštěstí vyskytuje pouze v malém procentu.

Průběh je charakterizován progresí i mezi atakami. Nemocný je často těžce invalidní, v některých případech je ohroženo zdraví i život, protože zánětlivá a degenerativní aktivita nemoci je největší.(Havrdová, 2009, s. 20)

#### **1.6.4 Primárně progresivní typ**

Probíhá u nemocných, u kterých se RS projevila okolo 40. roku života. Nevyskytují se zde ataky. Často je přítomná slabost dolních končetin spojená se spasticitou a postupně se rozvíjející invaliditou, která se vyskytuje až u 80% nemocných s tímto typem.(Rojas, 2010, s. 6)

Jde o odlišný typ s malým zánětem a velkými degenerativními změnami na nervových vláknech. Postihuje více muže než ženy.(Havrdová, 2009, s. 20)

### **1.7 Diagnostika roztroušené sklerózy**

#### **1.7.1 Klinické vyšetření**

Při stanovení diagnózy RS je důležité neurologického vyšetření, subjektivní potíže nemocného, proběhnutí alespoň dvou atak a průkaz dvou lokalizovaných ložisek. (Ambler, 2011, s. 222)

#### **1.7.2 Oftalmologické vyšetření**

Při poskytování kvalitní péče o nemocné s RS je důležitá spolupráce neurologa a očního lékaře. Zánět očního nervu se objevuje na začátku tohoto onemocnění až u 50% nemocných. Vyšetření očního pozadí se provádí při poruchách zraku, vede k odhalení blednutí nebo atrofii papil zrakového nervu. Důležité je vyšetřit počítačovým perimetrem defekty zorného pole a jejich sledování v čase a souvislosti s léčbou. (Havrdová, 2013, s. 213)

### **1.7.3 Magnetická rezonance**

MR je významnou zobrazovací metodou, je vyšetřením první volby. Nemocné vyšetření nezatěžuje, výhodou je možnost opakování a sledování aktivity nemoci v čase a prostoru. Pokud nemocný trpí klaustrofobií, je možné vyšetření provádět v celkové anestezii. (Jedlička, 2005, s. 209)

### **1.7.4 Odběr mozkomíšního moku**

Tento výkon je indikován z diagnostických a méně často terapeutických důvodů. Po skončení výkonu je třeba dodržovat 24 hodinový klid na lůžku jako prevence postpunkčního syndromu, který se projevuje bolestmi hlavy.

Provádí se lumbální punkcí v úrovni L3, L4 tenkou atraumatickou jehlou. Za aseptických podmínek se jehla zavede do subarachnoideálního prostoru a odebere se 5 – 20 mililitrů mozkomíšního moku, který se vyšetřuje přítomnost zánětlivých buněk a produkce protilátek. (Havrdová, 2011, s. 187) Pozitivní nález na MR a v mozkomíšním moku patří mezi první typické znaky RS a označují se jako klinicky izolovaný syndrom. (CIS). (Havrdová, 2009, s. 28)

### **1.7.5 Vyšetření evokovaných potenciálů**

U nemocných s RS se vyšetřují také evokované potenciály - zrakové, sluchové, somatosenzorické a motorické. Je to funkční metoda, která sleduje neporušenost celého nervového systému od periferie až do centra. Důležité je provádět ji hlavně na začátku nemoci nebo v době, kdy nejsou zřetelné další nové příznaky. Využívá se k hodnocení průběhu nemoci nebo ke sledování léčebného efektu. (Havrdová, 2013, s. 211)

## **1.8 Sdělení diagnózy**

To, že se člověk stává nemocným a hlavně chronicky nemocným, přináší celou řadu fyzických, sociálních a psychických změn. Diagnózu sděluje vždy ošetřující lékař. Nemocný prochází fází šoku, kdy se snaží popírat skutečnost, má pocit bezmoci. Ve fázi

vyrovnávání se s nemocí je důležitý přístup zdravotnického personálu, hlavně všeobecné sestry, na kterou se nemocný obrací se svými obavami, dotazy, úzkostí a strachem z budoucnosti. Je pro něho důležité, aby měl dostatek informací o chorobě, byl povzbuzován a motivován k léčbě. Při přijetí nemoci záleží na výchově, charakteru, temperamentu a rodinném zázemí, věku, pohlaví, zdravotním uvědomění vztahu ke svému zdraví. (Křivohlavý, 2002, s. 17,18)

Faktory, které zatěžují nemocného při vyrovnávání se s diagnózou:

- změna zdravotního stavu
- nejasnosti v diagnóze
- postoj lékaře
- nejasnosti v příčině, vzniku a průběhu nemoci
- nezkušenost řešit danou situaci
- změny osobní identity
- změna sociální role
- změna prostoru, kde se bude nemocný pohybovat
- změna perspektivy – neví, co očekávat v budoucnu
- změny v souboru osob, které budou pro něj psychickou i sociální oporou (Křivohlavý, 2002, s. 37)



## 2 LÉČBA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY MOZKOMÍŠNÍ

Nemoc postihuje hlavně mladé lidi v produktivním věku s různým deficitem neurologických obtíží, ovlivňuje kvalitu života včetně narušení rodinných vztahů a zaměstnání. Proto je nezbytná spolupráce psychologů, očních lékařů, urologů, neuroradiologů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků při péči o nemocného. (Pitřha, 2014, s. 26)

Léčba se zaměřuje na dva základní mechanismy: zánět a degeneraci nervových vláken. V ideálním případě by měla tlumit probíhající zánět, obnovit myelin a zabránit ztrátě nervových vláken. To, že nastává ztráta nervových vláken, vedlo ke změně přístupu v léčbě na celém světě. Zahájení léčby RS se přesunulo do časných stádií, nejlépe už po první atace, která je podezřelá z rozvoje RS.

Léčba se rozděluje do skupin podle stádia nemoci:

1. Léčba akutní ataky (relaps) nemoci
2. Léčba dlouhodobá ve stadiu remitentním při střídání atak a remisí
3. Léčba ve stadiu sekundární chronické progresse
4. Léčba primárně progresivního typu nemoci
5. Léčba maligního průběhu nemoci
6. Léčba příznaků nemoci ve všech stádiích RS (Havrdová, 2007, s. 1)

### 2.1 Léčba akutní ataky nemoci

Pro léčbu akutní ataky byl v roce 1999 publikovaný mezinárodní souhlas.

Nové nebo zhoršující se příznaky RS trvající 24 hodin, které nejsou způsobeny teplotou vázanou na infekční onemocnění, se mají léčit kortikosteroidy – methylprednisolonem ( SoluMedrol) v dávce 3 – 5 gramů. Léky se podávají nitrožilně

nebo per os. Po nich už následuje léčba kortikoidy v tabletách v dávkách, které se postupně snižují.

Kortikoidy mají velký protizánětlivý účinek, snižují množství imunitních buněk v ložisku zánětu, brání rozpadu buněk nervové a mozkové tkáně. Když je ataka vážná a dávka 5 gramů kortikoidu nestačí, podává se jednorázově cytostatikum – cyklofosfamid. (Havrdová, 2007, s. 2)

Bohužel dlouhodobé podávání kortikoidů bývá spojeno s celou řadou vedlejších účinků – u nemocného se může objevit peptický vřed, snížená hladina kálie, cukrovka, vysoký krevní tlak, řídnutí kostí, přetržení Achilových šlach, obezita, katarakta, glaukom a myopatie. (Ambler, 2011, s. 224)

## **2.2 Léčba dlouhodobá ve stadiu remitentním, kdy se střídají ataky a remise**

Tato léčba slouží ke snížení počtu atak, snížení závažnosti a zpomalení postupu nemoci. Už před 40 lety profesor Pavel Jedlička DrSc. objevil, že se musí zánětlivé procesy tlumit trvale, nejen v době akutní ataky.

Pro toto stádium léčby se používají léky první volby. Jedná se o interferon beta a glatiramer acetát. Léky jsou finančně nákladné, ale měly by být dostupné všem nemocným v časných stádiích nemoci. V České republice existují kritéria, která umožňují léčbu u těch nemocných, kde je nemoc velice aktivní a nemocného ohrožuje. Kritéria popisují dvě ataky za rok nebo tři ataky za poslední dva roky.

Pro nemocné s relaps remitentní RS, u kterých není dosažena stabilizace nemoci, je k dispozici od roku 2008 infuzní lék natalizumab (Tysabri). Lék je schopen se navázat na agresivní buňky a zamezit jejich přestupu do místa zánětu v CNS. Podává se proto u vysoce zánětlivé RS, nemá význam u progresivní fáze, protože není schopen nahradit ztracená nervová vlákna. Jeho nevýhodou je že v ojedinělých případech vyvolává závažnou neléčitelnou infekci CNS, která končí smrtí.

Pokud nelze léčit natalizumabem, mezinárodní souhlas umožňuje použít intravenózní léčbu imunoglobulíny nebo azathioprinem, které patří do léků druhé volby. Aplikují se 1x měsíčně nitrožilně a jsou nemocnými dobře tolerovány. (Havrdová, 2007, s. 57)

### **2.3 Léčba ve stádiu sekundární chronické progresse**

Toto stádium se vyznačuje malým výskytem zánětu, ale i to větší mírou degenerace. Dochází ke ztrátě nervových vláken a trvalé invaliditě. Léčba spočívá v potlačení zbytku zánětu. V roce 1993 u nás byla zavedena pulsní léčba methylprednisolonem v kombinaci s cyklofosfamidem. Jedná se o opakované podávání velkých dávek v určitých časových intervalech. Infuze jsou aplikovány jednou měsíčně, pak se intervaly prodlužují. Touto léčbou je možné nemoc stabilizovat až na dobu pěti let. Další možností je podání methylprednisolonu s mitoxantronem nebo methotrexát v malých dávkách. Jsou velmi účinné při likvidaci imunitních buněk, které se podílí na zánětu a umožní alespoň nějakou obnovu tkáně. Bohužel patří mezi cytostatika, což má pro nemocného řadu vedlejších nepříjemných účinků - nauzeu, zvracení, padání vlasů, sklon k infekcím, změny v krevním obraze a další.

V tomto stádiu nemoci má důležitou roli rehabilitace, která se snaží zachovat funkční schopnosti nemocného s RS. (Havrdová, 2007, s. 3)

### **2.4 Léčba primárně progresivního typu nemoci**

Projevuje se pozvolným rozvojem invalidity bez jasných atak, má jiný podklad než klasická forma s atakami. Degenerace nervové tkáně a menší zánět probíhá od samého počátku onemocnění. Protizánětlivé léky nemají velký účinek, i když se mohou zkoušet. (Havrdová, 2007, s. 3)

## 2.5 Léčba maligního průběhu nemoci

Jedná se o rychle probíhající nemoc, která vede k časně invaliditě. Dříve než dojde k poškození hybných funkcí, měla by být nemocnému nabídnuta možnost léčby kmenovými buňkami autologní transplantací. Kmenové buňky pro vývoj imunitního a krevního systému se odeberou přímo nemocnému, zamrazí se a po zničení imunitního systému cytostatiky se nemocnému vrátí do organismu a umožní vývoj nového imunitního systému. (Havrdová, 2007, s. 3)

Průběh léčby kmenovými buňkami zahrnuje:

1. Rozhovor s nemocným, s jeho rodinou, ošetřujícím lékařem, neurologem a hematologem. Nemocný podepisuje informované souhlasy s nabídnutou léčbou.
2. Následuje předtransplantační vyšetření, které má za úkol odhalit skrytou infekci nebo choroby orgánů a vyšetřit kostní dřeň.
3. Podání růstových hormonů pro kmenové buňky, odběr a zamrazení buněk.
4. Pomocí vysokých dávek cytostatik likvidována kostní dřeň a imunitní systém. Nemocný je hospitalizován na transplantační jednotce hematologického oddělení po dobu tří týdnů a je chráněn před infekcí. Také se musí vyrovnat s nežádoucími účinky cytostatik jako je alopecie, nauzea, zvracení, záněty žil.
5. Následuje podání autologní transplantace odebraných kmenových buněk. K obnovení nového imunitního systému a počtu krvinek dochází za 10 – 14 dní.
6. Další důležitou součástí léčby je intenzivní rehabilitace, protože pouze motivovaný nemocný s optimistickým výhledem do budoucnosti je vhodným kandidátem k provedení této metody. (Krasulová, 2004)

## 2.6 Nově zaváděné léky

Tak, jak pokračuje výzkum nemoci, zavádí se do praxe nová léčiva:

1. CNTO 1275 (CENTOCOR) - aplikuje se podkožně v dlouhých intervalech, specificky zasahuje do imunitního systému
2. LAQUINIMOD (TEVA) - navozuje rovnováhu v imunitním systému
3. NOVARTIS FTY 720 – je zcela nová látka, která blokuje vstup imunitních buněk do CNS a vrací je zpět do uzlin, nepustí buňky přes bariéru z krve do mozku
4. BHT -3009 – DNA vakcína, cílem je navodit toleranci nemoci, která je již přítomna (Havrdová, 2006, s. 11,12)
5. Evropská komise a evropská léková agentura na doporučení výboru pro humánní léčivé přípravky schválily lék Tecfidera který se podává perorálně. Používá se u nemocných s remitentní relabující formou RS . Lék pomáhá buňkám v sebeobraně proti zánětu. Před zahájením léčby se doporučuje kontrola krevního obrazu a počtu lymfocytů. Během léčby následují další kontroly krevního obrazu, po půl roce podávání a pak jednou ročně. (Šimůnková, 2014, B 5)

## 2.7 Symptomatická léčba

Příznaky RS se musí léčit i symptomaticky.

Urgentní močení se upravuje podáváním léků Melipramin nebo Ditropan , retence moč Syntostigmínem. Pokud se močový měchýř opakovaně nevyprazdňuje, nemocnému je doporučena katetrizace, kterou si může po zacvičení provádět sám.

Při léčbě spasticity se podává Baclofen, Tizanidin, Tetraxepam.(Jedlička, 2005, s. 211)

Častým příznakem je deprese, podávají se antidepresíva a nemocnému je nabídnuta návštěva psychologa.

Při bolesti a poruchách citlivosti je třeba vždy hledat příčinu. Citlivost se léčí podáváním antiepileptik – Karbamazepin a Gabapentin. Při bolesti se předepisují

antirevmatika, analgetika a opiáty. Nemocnému je doporučena návštěva centra ambulance bolesti. (Havrdová, 2009, s. 66)

Třes a poruchy rovnováhy ztěžují nemocnému vykonávat běžné denní aktivity a sebeobsluhu. Ke zmírnění se podává menší dávka Klonazepamu. Nevýhodou je, že lék vyvolává ospalost.(Havrdová, 2009, s. 65)

Kognitivní deficit způsobuje často ztrátu pracovní činnosti. Je třeba nemocného udržet co nejdéle v pracovním procesu, podporovat v sociálních kontaktech a v kognitivním tréninku. Léčebně se zkouší podávat nootropika – Piracetam. (Havrdová, 2009, s. 67)

Často se vyskytují sexuální problémy. Jsou vnímány jako snížení kvality života, vedou i k rozchodu partnerů. Na léčbu by měli společně dohlížet sexuolog, urolog a psycholog. Ženám se doporučuje použití lubrikačních gelů, u mužů se používá farmakoterapie, aplikace vazoaktivních látek do topořivých těles, zavedení penilního implantátu nebo podtlakové erekční přístroje.(Havrdová, 2009, s. 63)

### 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NEMOCNÉHO S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

#### 3.1 Specifické ošetřovatelské problémy u nemocných s RS

**Spasticita** je zvýšené svalové napětí, které vede k omezenému pohybu, ke křečím a bolestem. Je třeba ji ovlivnit tak, aby nemocný pocítil úlevu. Velkým přínosem pro léčbu spasticity a prevencí komplikací je rehabilitace, kterou je třeba zavádět už v začátcích onemocnění.(Havrdová, 2009, s. 62). Cvičení provádí buď nemocný sám nebo aktivně či pasivně s pomocí fyzioterapeuta nebo všeobecné sestry, kteří se snaží udržet rozsah pohybu, vedou nemocného k co největší samostatnosti a soběstačnosti. Také je s výhodou, pokud nemocný využije nabídky vodoléčby, masáží, elektroléčby a lázeňské léčby.

Součástí ošetřovatelské péče o spasticitu je i prevence dekubitů. Nemocného je třeba po dvou hodinách, polohovat, zajistit dostatečnou hygienickou péči, udržovat čisté lůžko, používat antidekubitární pomůcky, zajistit dostatečný příjem tekutin a výživu nemocného.

**Třes a poruchy rovnováhy** zde je třeba dbát na bezpečnost nemocného, hrozí riziko pádu a poranění. Důležitá je úprava pokoje nebo bytu u chodících nemocných, Zajišťují se kompenzační pomůcky, které umožňují co největší samostatnost ve vykonávání běžných denních aktivit (Barthelův test příloha č. 3). (Lenský, 1996, s. 74)

**Sfinkterové potíže** často zapříčiňují to, že se nemocný často vyhýbá kontaktu se společností.

**Urologické potíže** Při přijetí se všeobecná sestra v rámci sesterské anamnézy zajímá o potíže s vyprazdňováním, dle ordinace lékaře odesílá moč na chemické, cytologické a kultivační vyšetření, připravuje nemocného na různá vyšetření nebo operaci, podává antibiotika k prevenci nebo léčbě infekcí močových cest. Infekce představuje pro nemocného veliké riziko vzniku další ataky nemoci nebo přestupu zánětu na ledviny, což může způsobit až jejich selhání.(Machalická, 2007, s. 16)

Ošetrovatelská péče se zaměřuje na dodržování intimní hygieny, dostatek tekutin, pokud dochází po vymočení k rezidui moče, je třeba nemocného naučit autokatetrizaci. Při obtížích s vyprazdňováním močového měchýře všeobecná sestra učí nemocného Credeho hmat – zmáčknutí podbřišku. Při inkontinenci moče je možno podle situace nemocnému zavést permanentní močový katetr, jsou k dispozici jednorázové plenkové kalhotky, u žen je možno situaci řešit pomocí operace TVT na urologické nebo gynekologické klinice.

**Zácpa** - u pokročilého stupně RS se setkáváme s problémy s vyprázdněním stolice. Často souvisí s onemocněním samotným, ale i s nedostatkem pohybu. Vždy je snaha o úpravu stolice bez použití návykových projímadel a obnovu pravidelného defekačního reflexu. V ošetrovatelské péči se všeobecná sestra zaměřuje na zachování pohybové aktivity, úpravu jídelníčku, dostatek tekutin a zajištění soukromí při vyprazdňování u nemocného, který je upoutaný na lůžko.

Pravidelnost a četnost stolice se zapisuje do dokumentace.

**Inkontinence stolice** - je pro nemocného velmi obtěžující a stresující. Ošetrovatelská péče se zaměřuje na úpravu jídelníčku s vyloučením projímavých potravin, prevenci dehydratace, snahu o nácvik defekace a udržení stolice. Je třeba dbát na zvýšenou hygienu, čistotu kůže a prevenci dekubitů u nemocných s těžkou poruchou hybnosti.(Trachtová, 2004, s. 108)

**Imobilita** - v důsledku pokročilého stádia nemoci je část nemocných imobilních. Někteří jsou upoutáni na invalidní vozík, jiní na lůžko. Podle zdravotního stavu se odvíjí i ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra musí nemocného polohovat a předcházet vzniku dekubitů, dbát o dostatečnou hygienu, hydrataci, příjem a výdej tekutin, zajistit rehabilitaci, masáže zad a aktivní nebo pasivní cvičení, udržet u nemocného co nejvyšší stupeň mobility a soběstačnosti. Za sebemenší snahu a pokrok je vhodné vždy nemocného pochválit. Dále je třeba zamezit vzniku nebo prohlubování imobilizačního syndromu, který nemocného ohrožuje dalšími zdravotními komplikacemi a zhoršením celkového stavu. Postihuje kardiovaskulární, pohybový, kosterní, trávicí, vylučovací, dýchací a kožní systém.(Trachtová, 2004, s. 45)

**Únava** - je jedním z nejčastěji uváděných problémů. Způsobuje ji jednak zánět, ale i sekundární příčiny jako je infekce, anémie, deprese. Po zavedení efektivní léčby je úkolem všeobecné sestry pečovat o kondici nemocného, podávat vhodnou stravu,



dostatek tekutin, upravit denní režim, zajistit podmínky k dostatečnému spánku, relaxaci a odpočinku.(Havrdová, 2009, s. 64)

**Deprese** - se u RS vyskytuje ve 45- 55 % případů. Je vhodné ji tedy u nemocných aktivně vyhledávat. Všeobecná sestra v každodenním kontaktu s nemocným může pomocí jednoduché škály deprese (příloha 4) a rozhovorem odhalit její přítomnost a hloubku. Nemocný by v depresi neměl zůstat sám, je třeba mu nabídnout pomoc psychologa, vhodně motivovat, ukázat smysl života a dodávat optimismus. (Dušánková, 2007, s. 20)

### **3.2 Rehabilitace u nemocných s RS**

Pravidelná rehabilitace se zahajuje už při stanovení diagnózy. Využívá se ke zvýšení nezávislosti, udržení soběstačnosti, k prevenci komplikací, ke zlepšení kvality života a prevenci deprese. Pomáhá nemocnému k zotavení, zachování optimální fyzické, psychické, smyslové, intelektové a sociální úrovně. Nemocného i jeho rodinu je třeba vhodně edukovat a motivovat, cvičení přizpůsobit aktuálnímu zdravotnímu stavu a dodržovat jeho pravidelnost.(Řasová, Havrdová, 2006, s. 306)

### **3.3 Edukace nemocného a jeho rodinných příslušníků**

Edukace se má zahájit již v době stanovení diagnózy v nemocničním prostředí. Všeobecná sestra nemocného a jeho rodinné příslušníky seznámí s problematikou nemoci, snaží se je povzbuzovat a motivovat, pomáhá jim vyrovnat se se závažnou nemocí a přijmout ji. K nemocnému přistupuje jako k bio-psycho-socio- spirituální bytosti. Má být empatická, ale nesmí nemocného litovat.

Také je potřeba edukovat ohledně aplikace léků, dodržování pravidelných kontrol na neurologii v MS centrech, životosprávy, výživy, u žen je třeba konzultovat problematiku těhotenství a porodu. Důležité je nemocnému nabídnout možnost lázeňské léčby, informace o členství v občanské organizaci Roska a pomoc sociální pracovnice v oblasti sociální problematiky.

### **3.3.1 Aplikace léků**

Edukační sestra nemocnému a jeho rodině vysvětlí, jak léky aplikovat, uchovávat, kontrolovat jejich expiraci, vzhled a obsah. Také je seznámí s možnými vedlejšími účinky léků. Pokud se jedná o injekční léky, naučí zúčastněné správnou techniku aplikace, včetně výběru místa vpichu, dezinfekce a sterility. Důležité je i upozornění na nutnost likvidace použitých pomůcek.

### **3.3.2 Pravidelné kontroly na neurologii v centrech MS**

Při propuštění do domácího ošetřování je celá rodina seznámena s důležitostí pravidelných lékařských kontrol a kontrol, kdy dojde ke zhoršení stavu. Při každé návštěvě je nemocný celkově vyšetřen, je mu odebrána krev, předepsány léky, v případě potřeby zajištěna léčba k úpravě zdravotního stavu s následnou hospitalizací.

Nemocnému je třeba zdůraznit, že odmítání léčby a kontrol může vést ke ztrátě ovlivnit nemoc v pozdějším stádiu a špatné prognóze. Když se nemocný rozhodne léčbu nepodstoupit, je nutné rozhodnutí respektovat a provést záznam o této skutečnosti do dokumentace. (Havrdová, 2009 s. 75)

V centrech MS by se měla nemocnému dostat péče farmakologická, ale i psychoterapeutická, měl by mít potřebné informace i v oblasti sociální problematiky. (Havrdová, 2013, s. 454)

### **3.3.3 Životospráva u nemocných s RS**

U nemocných s RS je třeba dodržovat střídavý, rozumný a přiměřený režim. Je důležité šetřit a nepřepínat síly, vyhýbat se nadměrné námaze, vyčerpání a psychickému vypětí. Je třeba nepodceňovat únavu, může být varovným signálem stejně jako bolest, svalová křeč a závratě. Jelikož je doba regenerace prodloužena, musí mít nemocný dostatek oddechu a vydatný spánek. V období chřipkových epidemií je třeba omezit kontakt s větším počtem lidí. S ošetřujícím lékařem je nutné se poradit o vhodnosti očkování. Nemocný se musí vyvarovat nebezpečným přidruženým infekcím, mezi které patří infekce urologické, gynekologické, kožní vyrážky, ekzémy, záněty mandlí, zubní kazy a podobně. I z malého ohniska zánětu vznikají ataky, které vedou ke zhoršení

zdravotního stavu a celé nemoci. Také je třeba nemocného informovat o škodlivosti kouření a alkoholu.(Lenský, 1996, s. 89)

Každý, kdo onemocněl RS, by měl znát jakési desatero dobrých rad:

1. RS je chronická závažná nemoc, může probíhat benigně, s dlouhou stabilizací, nemusí nemocného invalidizovat ani zkracovat život. Každý případ je jiný, pozitivně vnímejte lehčí stavy, neposuzujte nemoc podle nejtěžších.
2. Předcházejte aktivně rizikům RS, je třeba dodržovat životosprávu, zvýšit celkovou odolnost, vyvarovat se toho, co Vám nedělá dobře a naopak.
3. Denní režim přizpůsobte aktuálnímu zdravotnímu stavu, šetřete energii, udržujte se v dobré psychické kondici.
4. Poučte se o základech nemoci, sledujte vývoj v medicíně a výzkumu.
5. Dodržujte pravidelný, přiměřený pohyb.
6. Důležitý je pohyb při omezené mobilitě, ať pasivní nebo s dopomocí.
7. Potíže, tak jak se objevují, mohou vymizet, každé zhoršení nemusí znamenat nástup nové ataky. Zachovejte klid, pokud příznaky přetrvávají a jsou intenzivnější, lékaře vyhledejte.
8. Užívejte předepsané léky, sledujte případné vedlejší účinky léků. Nevyhledávejte zázračné léky a pochybné léčitele.
9. Neuzavírejte se před světem do stěn svého pokoje nebo bytu. Poznávejte nové lidi, využijte regionálních organizací stejně postižených, zúčastněte se rekondičních a lázeňských pobytů, zkuste plavání a hipoterapii .
10. Poznejte, že i s RS se dá aktivně a plnohodnotně žít! (Lenský, 1996, s. 100,101)

### **3.3.4 Výživa nemocných s RS**

Výživa je důležitou složkou léčby, pomáhá předcházet obezitě, kachexii, osteoporóze, nedostatku důležitých vitamínů a minerálních látek. Potrava by měla být kaloricky vyvážená, přiměřená, chutná a pestrá s dostatkem vlákniny, rostlinnými tuky,

vitaminů a minerálních látek. U nervových chorob se podávají vitamíny skupiny B, C, E a D. Z minerálních látek je to hořčík, selen, zinek, mangan, železo, vápník a fluor.

Součástí zdravé výživy je také dodržování pitného režimu. (Lenský, 1996, s. 80)

### **3.3.5 Těhotenství, porod a RS**

Jelikož RS postihuje častěji ženy než muže a to v produktivním věku, je nutno řešit i tuto problematiku. V minulosti se ženám s RS těhotenství zakazovalo. Pokud žena otěhotněla, mohla podstoupit interrupci, kterou povoloval zákon. Pokud na těhotenství trvala, byla považována za nerozumnou. Dnes je situace zcela jiná. Budoucí matka by měla být informována o tom, že hrozí 5 % riziko přenosu RS na potomky. Pokud se žena s RS rozhodne stát matkou, je třeba dodržet určitá pravidla. Také je důležité rodinné zázemí, aby měl ženě kdo pomáhat při péči o dítě, hlavně v době zhoršení její nemoci.

Otěhotnění se musí pečlivě naplánovat, zdravotní stav budoucí matky by měl být stabilizovaný, maximálně s jednou atakou do roka. Před plánovanou graviditou se musí tři měsíce předem vysadit interferony a léky ze skupiny cytostatik, aby nedošlo k vrozeným vývojovým vadám plodu. V průběhu těhotenství se doporučuje užívat kyselinu listovou 2x denně jako prevence vývojových vad plodu, chodit na pravidelné gynekologické a neurologické prohlídky, dodržovat zdravý životní styl, dostatečně spát a odpočívat, cvičit na udržení kondice a přípravu na porod, zdravě se stravovat, zařadit do jídelníčku ryby, ovoce a zeleninu. Z léků se podávají malé dávky kortikoidů a minimální symptomatická léčba. Pokud dojde k atace ke konci gravidity, léčí se infuzním podáním Solumedrolu 3- 5 g. Ke konci těhotenství mohou být potíže s močením vlivem tlaku velké dělohy na močový měchýř, ale také vlivem RS. Vlastní porod se vede přirozenou cestou, císařský řez se provádí jen z gynekologické indikace. Po dobu těhotenství se žena cítí dobře, protože funguje přirozený útlum imunitního systému, který musí tolerovat budoucí miminko. Situace se změní po narození dítěte vlivem fyzické a psychické zátěže, kdy dojde k aktivaci imunitního systému a zvýšenému riziku ataky až u 30 % žen.

Po porodu, je zvýšené riziko ataky v prvních třech měsících. Preventivně se podávají imunoglobuliny a znova se nasazují léky jako před těhotenstvím.

Při řešení otázky kojení je třeba vzít v úvahu, že hormon prolaktin má imunostimulační účinky a hrozí riziko ataky. Pokud žena v těhotenství ataku prodělala,

není jí kojení doporučeno. Pokud se žena rozhodne pro kojení, je povoleno maximálně 6 – 8 týdnů a nesmí po tuto dobu užívat léky první volby ani cytostatika. Ženám s RS se doporučují maximálně dvě děti a používání vhodné antikoncepce, protože i přerušení těhotenství působí na tělo ženy imunologicky jako další porod.

Při plánování potomků u mužů je třeba vysadit tři měsíce před početím cytostatika. Před zahájení léčby cyklofosfamidem se mužům doporučuje odběr a zamrazení spermií v IVF centrech.(Váchová, 2006, s. 5)

### **3.3.6 Lázeňská léčba**

11. 1. 1936 otevřel profesor Henner lázeňskou léčebnu ve Vráži u Písku. Doc. Vítek doporučil indikaci k léčbě v lázních i u RS a vypracoval komplexní programy léčby. Skloubil tělesné cvičení a fyzikální procedury, pobyt trval 4- 5 týdnů. Ročně se zde léčilo 600 – 800 osob s RS. Vznikla zde iniciativa k otevřenosti při sdělování diagnózy a výzva k organizovanému sdružování lidí s RS.

V roce 1993 se léčebna zprivatizovala a zmodernizovala. Vedle léčebných procedur je možné i kulturní a společenské vyžití. Vysoká úroveň kvality lázeňské péče přitahuje i zahraniční klientelu.(Lenský, 2006, s. 15)

### **3.3.7 Unie Roska**

Je nezávislé občanské sdružení s celostátním působením. V roce 1983 vznikla první Roska, působila jako zájmové sdružení tehdejšího Svazu invalidů. Od roku 1992 byla ustanovena jako samostatné, zájmové sdružení, které pomáhá lidem s RS a jejich rodinám v boji s nelehkou nemocí. Působí celorepublikově ve 13 krajích Česka a má více než 3300 členů. Zajišťuje kompletní informační servis, vydává pro zájemce o tuto nemoc knihy, brožury, časopisy, organizuje rekondiční pobyty, cvičení a plavání, poradenství v sociální oblasti, aktivně spolupracuje s lékaři.

Posláním a cílem Rosky je pomoci lidem s RS mírnit následky nemoci, prožít kvalitní a důstojný život. Mottem organizace je „Sursum corda“, což v překladu znamená srdce vzhůru. Motivuje lidi bojovat celou svou bytostí a nikdy se nevzdávat, ať je život jakkoliv těžký a dlouhý. V symbolu Rosky je zelená barva, která se považuje za barvu naděje. Růže vyjadřuje trnitou cestu životem.(Zika, 2004, s. 5)

Každý rok se pravidelně 25. Června koná Národní den RS. Byl ustanoven Uníí Roska a jeho úkolem je zvýšit povědomí veřejnosti o této nemoci.(Zika, 2010)

### **3.3.8 Pomoc v sociální oblasti**

Nemocnému a rodině pomáhá v otázkách sociální problematiky erudovaný sociální pracovník. Jedná se o přidělování příspěvků na úpravu bytových prostor, sociálního bydlení, příspěvky na nákup auta, vozíčku, kompenzačních pomůcek, na péči a bezmocnost, vyřízení invalidního důchodu, vydání průkazů TP – tělesně postižený, ZTP – zdravotně a tělesně postižený a ZTP/P - zdravotně tělesně postižený s nárokem na průvodce.

S předpisem kompenzačních pomůcek (hole, chodítka, vozíky, antidekubitární matrace, podložky) se nemocný nebo rodinný příslušník obrací na ošetřujícího lékaře.

Pokud se rodina nechce nebo nemůže o nemocného postarat, je nabídnuta pečovatelská služba, osobní asistence, domácí péče, respitní péče nebo stacionáře. (Havrdová, 2013, s. 455)

## **4 PRAKTICKÁ OBECNÁ ČÁST**

### **4.1 Formulace problému**

Roztroušená skleróza byla považována za nemoc, která vedla ke smrti. Nemocní byli vytěsněni na okraj společnosti. Péče o ně byla také nedostačující, nebylo dost informací a zkušeností.

S rozvojem medicíny, léčebných metod, léků, kompenzačních pomůcek, sociální podpory, organizovanosti lidí s roztroušenou sklerózou a přístupů zdravotnických pracovníků se péče o nemocné výrazně zlepšila. Ošetřování nemocných pochází z teorie holistického pojetí člověka. Velký důraz se klade na to, aby se o nemocného staral celý ošetřovatelský tým složený z lékařů, všeobecných sester, fyzioterapeutů, psychologů a edukačních sester. Neméně důležitá je i spolupráce a edukace členů rodiny, protože jen ten, kdo má dostatek informací o nemoci a jejích problémech ví, co nemocný prožívá a jak se cítí. Je tedy důležité a klíčové, aby nemoc přijal a naučil se s ní žít sám nemocný. Jaký je tedy život s roztroušenou sklerózou?

### **4.2 Cíl výzkumu**

Cílem praktické části bakalářské práce je poskytnout náhled do problematiky ošetřovatelského procesu při roztroušené skleróze a zdůraznit specifické ošetřovatelské problémy spjaté s tímto typem onemocnění.

### **4.3 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou specifické problémy nemocných s roztroušenou sklerózou v domácím prostředí?
2. Jakým způsobem ovlivňuje nemoc jejich životy?
3. Jakým způsobem ovlivňuje postoj nemocných k nemoci průběh jejich nemoci?
4. Pomůže vytvořený ošetřovatelský plán ke zvýšení kvality poskytované ošetřovatelské péče o nemocné s roztroušenou sklerózou?

#### **4.4 Druh výzkumu a výběr metodiky**

Vzhledem ke specifitě a náročnosti péče o nemocné s roztroušenou sklerózou je nutný individuální přístup k získání informací potřebných k dosažení stanovených cílů mé bakalářské práce, proto jsem za tímto účelem zvolila kvalitativní výzkum.

#### **4.5 Metoda**

Zvolený kvalitativní výzkum má charakter kazuistického šetření. V jeho rámci jsou specifikovány všechny fáze ošetrovatelského procesu u vybraných nemocných s roztroušenou sklerózou s využitím koncepčního ošetrovatelského modelu Nancy Roperové- model životních aktivit, který je pro tyto nemocné vhodný. Cílem modelu je udržet maximální soběstačnost a nezávislost nemocného. Model se zabývá dvanácti základními aktivitami denního života. Tento model je pro nemocné s roztroušenou sklerózou vhodný proto, že hlavním cílem je udržet u nemocného maximální nezávislost a pomáhat mu tehdy, pokud to skutečně potřebuje, poskytovat a nabízet možnosti, které vedou k navrácení nezávislosti.

#### **4.6 Výběr případu**

Pro svůj výzkum jsem záměrně vybrala dva pacienty, u nichž je diagnostikovaná roztroušená skleróza mnoho let. Protože je při hospitalizaci nemocný ovlivňován „nemocničním prostředím“, myšleno v celém rozsahu poskytované péče v nemocnici, tj. způsob léčby, přístup ošetrujícího personálu, skutečného prostředí atd., bylo dalším kritériem záměrného výběru také domácí prostředí, ve kterém nemocní žijí. Zajímalo mě, jaké jsou jejich specifické problémy související s nemocí a jakým způsobem ovlivňuje jejich postoj k nemoci jejich život, vztahy s blízkými i samotný průběh nemoci.

#### **4.7 Způsob získávání informací**

Informace ke kvalitativnímu výzkumu jsem získala polostrukturovaným rozhovorem. Otázky jsem si připravila s ohledem na stanovené cíle výzkumu, přičemž jsem vycházela z knihy Potřeby nemocného autorky Trachtové. Konkrétní znění otázek uvádím ve své bakalářské práci.

Nemocné jsem požádala o informovaný souhlas s výzkumem. Jejich souhlas je uveden v příloze mé práce. Rozhovory jsem prováděla po předchozí domluvě v domácím prostředí nemocných za přítomnosti rodinných příslušníků.



## **4.8 Organizace výzkumu**

Výzkum jsem prováděla v období od srpna 2014 do listopadu 2014 v domácím prostředí dvou cíleně vybraných nemocných s dlouhodobě stanovenou diagnózou roztroušené sklerózy.

V úvodu kazuistického šetření jsem vybrala vhodný koncepční model, který byl vodítkem k získání zejména anamnestických dat vzhledem k jednotlivým životním aktivitám nemocných. Informace získané hloubkovým polostrukturovaným rozhovorem jsem analyzovala a poté interpretovala v ošetrovatelských a edukačních plánech s důrazem na specifické problémy nemocných související s roztroušenou sklerózou v holistickém pojetí. Na základě opakovaných rozhovorů jsem vyhodnocovala efektivitu poskytované péče a edukace.

Výsledky obou kazuistických šetření analyzuji a porovnávám v diskusi. Dosažení stanovených cílů výzkumu hodnotím v závěru své práce.

## **4.9 Výběr ošetrovatelského modelu**

### **Nancy Roper - Model životních aktivit**

V modelu jsou využity poznatky z psychologie, fyziologie a ošetrovatelství. Jsou v něm popsány základní aktivity společné pro všechny lidi. Autorka zdůrazňuje, jak je pro nemocného důležité sám si vykonávat činnosti denního života. Ošetrovatelský model se zaměřuje na dvanáct životních aktivit. Sestra nemocného vnímá jako bio- psychosociospirituální bytost, která má svůj zaběhnutý životní styl. Snaží se pomáhat nemocnému získat, zachovat nebo co nejvíce navrátit úroveň nezávislosti ve vykonávání činností denního života. Zjišťuje, co nemocný zvládá sám, co s dopomocí a co už nezvládá. Jestliže je závislý na okolí, sestra mu asistuje nebo aktivitu vykonává sama. Nemocného přitom povzbuzuje, motivuje a chválí i za sebemenší snahu.

U nemocných s RS je cílem léčby udržet co nejdelší a největší samostatnost ve vykonávání běžných denních aktivit, proto je tento model pro ně velice vhodný.

### **Základní aktivity denního života**

- udržování bezpečného prostředí
- komunikace

- dýchání
- příjem potravy a pitný režim
- vylučování
- osobní hygiena a oblékání
- kontrola tělesné teploty
- zaměstnání a hra
- mobilizace
- spánek
- sexualita
- umírání (Pavlíková, 2006, s. 62)

#### **4.10 Ošetřovatelská anamnéza**

Pro vytvoření ošetřovatelského plánu a diagnóz je nutné odebrat anamnézu od nemocného, jeho rodiny nebo doprovodu. Otázky klademe srozumitelně a nahlas, v případě potřeby zopakujeme, necháme čas na rozmyšlenou. Je nutné si ověřit, zda byla otázka správně pochopená. Všimáme si verbálního a neverbálního projevu.

Nejčastěji kladené otázky:

##### **Udržování bezpečného prostředí**

Cítíte se doma bezpečně?

Bydlíte v rodinném domku nebo panelovém bytě?

Žijete s rodinou nebo sám?

Má se o Vás kdo postarat?

Používáte kompenzační pomůcky?

Máte nějaké koníčky k vyplnění volného času?

Chodíte na procházky?

Jste zaměstnaný nebo v invalidním důchodu?

Máte problémy se sluchem nebo zrakem?

Chodíte na lékařské prohlídky?

Máte dostatek informací o nemoci? (Trachtová, 2004, s. 146)

### **Komunikace**

Máte nějaké problémy s komunikací?

Jste ženatý, vdaná, rozvedený/á, vdovec, vdova?

Jste v kontaktu se svojí rodinou?

Trávíte čas ve společnosti jiných lidí?

Máte někoho, kdo Vám pomůže s řešením problémů?

Vycházíte dobře s lidmi kolem sebe?

Máte vlastní chrup nebo protézu?(Trachtová, 2004, s. 161)

### **Dýchání**

Dýchá se Vám dobře?

Užíváte léky na zlepšení dýchání?

Pocítujete dušnost při námaze?

Spíte ve vyvětrané místnosti?

Jste kuřák nebo někdo ve Vašem okolí?

Kolik vykouříte cigaret denně?

Kašlete?(Trachtová, 2004, s. 116)

## **Příjem stravy a pitný režim**

Kolikrát denně jíte?

Máte potíže při příjmu potravy?

Dodržujete nějaké dietní opatření?

Máte oblíbená jídla?

Máte zažívací potíže?

Dokážete si uvařit a dojít na nákup?

Máte alergii na potraviny?

Máte ve Vašem jídelníčku dostatek ovoce a zeleniny?

Jaký je stav Vaší kůže, vlasů, nehtů, zubů?

Kolik tekutin za den vypijete?

Pocitujete žízeň?

Pijete kávu a kolik šálek denně?

Pijete alkohol nebo jste abstinent?

Kolik alkoholu vypijete denně?(Trachtová, 2004, s. 89)

## **Vylučování**

Chodíte pravidelně na toaletu?

Máte zácpu nebo průjem?

Máte nějaké problémy s vyprazdňováním?

Pozoroval/a jste nějaké změny barvy stolice?

Kdy byla poslední stolice?

Trpíte nadýmáním?

Máte problémy s močením?

Projevují se u Vás potíže při močení jako pálení, řezání?

Máte problémy s udržením moče?

Močíte často?

Užíváte léky ovlivňující vylučování moče nebo stolice?

Dojdete si na toaletu?(Trachtová, 2004, s. 103)

### **Osobní hygiena a oblékání**

Potřebujete pomoc při vykonávání osobní hygieny?

Jak často se myjete?

Máte raději sprchu nebo koupel?

Jak často si myjete vlasy?

Potřebujete pomoc při oblékání?

Jste alergický/á na kosmetické přípravky?(Trachtová, 2004, s. 57)

### **Kontrola tělesné teploty**

Jak často si měříte tělesnou teplotu?

Na jakém místě si teplotu měříte?

Míváte zvýšenou teplotu?

Jak se oblékáte v domácím prostředí?

### **Zaměstnání a hra**

Máte nějaké koníčky?

Věnujete se sportu?

Co děláte ve volném čase?

Chcete zajistit pomůcky k vyplnění volného času?

## **Mobilizace**

Potřebujete pomoc druhé osoby nebo vše zvládáte sám/a?

Co zvládáte bez pomoci a kdy potřebujete pomoc?

Jste zvyklý/á používat kompenzační pomůcky?

Dělá Vám problém chůze po schodech?

Jak daleko dojdete?

Rehabilitujete pravidelně?

Máte dost životní síly a energie?

Prodělal/a jste úraz nebo onemocnění pohybového aparátu?

Jak trávíte svůj volný čas?

Jak hodnotíte svoji tělesnou kondici?

Trpíte bolestmi zad a kloubů?(Trachtová, 2004, s. 39)

## **Spánek**

Spíte dobře?

Probouzíte se během noci, pokud ano, kolikrát?

Kdy ráno vstáváte?

Cítíte se ráno odpočatý/á?

Jste zvyklý pospávat během dne?

Máte nějaké léky na spaní?

Spíte ve vyvětrané místnosti?(Trachtová, 2004, s. 76)

## **Sexualita**

Jak hodnotíte svůj partnerský vztah?

Poskytuje Vám partner dostatečnou oporu?

Jste sexuálně aktivní?

Pocitujete změny v sexuální oblasti z důvodu Vaší nemoci? (Trachtová, 2004, s. 147)

### **Umírání**

Máte nějaké náboženské vyznání?

Přemýšlíte o smrti?

Měl/a byste zájem o konzultaci s psychologem?(Trachtová, 2004, s. 143)

## **4.11 Ošetřovatelský proces**

Charakteristickým rysem ošetřovatelství je hodnocení a plánování uspokojení potřeb nemocného. Realizuje se prostřednictvím ošetřovatelského procesu, což je myšlenkový algoritmus sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a systém kroků a postupů při ošetřování nemocného. Pokud je nemocný při vědomí, má právo podílet se na sestavování ošetřovatelského plánu a rozhodnout, zda s navrženým plánem souhlasí. (Trachtová, 2004, s. 9)

### **Fáze ošetřovatelského procesu**

**Posouzení** – sestra pomocí pozorování a rozhovoru získává informace o nemocném

**Diagnostika** – v této fázi sestra nachází problém, který je schopna a oprávněna řešit

**Plánování** – nyní sestra vyhodnocuje problémy nemocného, vypracovává ošetřovatelský plán, intervence a očekávané výsledky

**Realizace** – popisuje ošetřovatelskou péči, aby došlo k upevnění zdraví, odstranění problémů a k prevenci komplikací

**Hodnocení** – sestra ve spolupráci s nemocným zjišťuje, zda došlo ke splnění očekávaných výsledků. Pokud se vše podařilo, plán ukončí, pokud ne, přepracuje plán ošetřovatelské péče. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, s. 196)

## 4.12 Hodnotící škály

**Barthelův test všedních činností (ADL)** - tento test hodnotí míru závislosti nemocného při vykonávání aktivit denního života na jeho okolí (příloha č. 3)

**Škála deprese pro geriatrické nemocné** – podle škály se hodnotí psychický stav (příloha č. 6)

**Kurtzkeho stupnice postižení ( EDSS)** - tato stupnice se používá u nemocných s RS. Hodnotí postižení u zraku, motoriky, kmenových a mozečkových funkcí, sfinkterů, senzitivních obtíží, únavy a kognice.(příloha č. 1)

**Melzackova škála bolesti** - na stupnici od jedné do pěti nemocný sám určuje intenzitu bolesti, bolest je subjektivní pocit, je třeba nemocnému věřit (příloha č. 4)

**Riziko vzniku dekubitu (Nortonová)** – používá se při stanovení rizik vzniku dekubitů u nemocných imobilních nebo se sníženou pohyblivostí (příloha č. 5)

## 4.13 Fyzikální vyšetření nemocného všeobecnou sestrou

Součástí odebírání anamnézy od nemocného je fyzikální vyšetření. Provádí se při kontrolní návštěvě nemocného u něho doma, v ordinaci nebo při přijetí do nemocnice. Sestra sleduje, měří a zaznamenává do dokumentace tlak, puls, tělesnou teplotu, dýchání, saturaci a stav vědomí. Všímá si psychického stavu nemocného, zda je schopen vnímat, soustředit se a adekvátně odpovídat na položené otázky. Také sleduje stavy úzkosti, strachu a stresu. Hledá jejich příčiny, které mohou plynout z nedostatečné informovanosti o zdravotním stavu, nemoci nebo z důvodu hospitalizace.

### 4.13.1 Krevní tlak

Měří se na horní končetině, nemocný leží nebo sedí. Důležité je umístění a velikost manžety dva až tři centimetry nad loketní jamku, paže je v úrovni srdce. K měření se používá tonometr a fonendoskop, který se přikládá na brachiální tepnu po nafouknutí



manžety. Systolický tlak je první úder při upouštění manžety, který slyšíme. V okamžiku, kdy není slyšet žádný úder, jde o hodnotu diastolického tlaku.

Fyziologická hodnota TK je 120 – 139/80 mm Hg

O hypertenzi mluvíme od hodnoty 140/95 mm Hg, o hypotenzi pod 90/50 mm Hg (Kozierová, 1995, s. 349,350)

#### **4.13.2 Puls**

Je vlna, která se tvoří stahem levé srdeční komory. Měří se na arterii radialis, která se nachází na palcové straně zápěstí. Frekvence se měří buď půl minuty a číslo se vynásobí dvěma nebo měříme jednu minutu. Hodnotíme pravidelnost a plnost tepu. Může být plný, nitkovitý, nehmatný. Fyziologická hodnota u dospělého je 60 – 90 / minutu. (Kozierová, 1995, s. 334)

#### **4.13.3 Tělesná teplota**

Tělesná teplota se v nemocnicích měří ráno a večer nebo podle stavu nemocného. Nejčastěji se u dospělých měří v podpažní jamce, někdy v ústech, rektu nebo uchu. Je třeba vědět, že v ústech je naměřená teplota o 0,3 °C vyšší, v rektu dokonce o 0,5°C. Nejnižší teplotu naměříme v ranních hodinách, nejvyšší večer.

Fyziologická teplota je 36°C – 36,9 °C, zvýšená teplota je od 37°C, horečka od 38°C, nízká teplota pod 36°C. (Kozierová, 1995, s. 322)

#### **4.13.4 Dýchání**

Patří k základním fyziologickým funkcím a společně se srdečně cévním aparátem a látkovou výměnou udržují rovnováhu vnitřního prostředí organismu. Je to základní biologická potřeba, při nedostatku kyslíku a nedostatečném dýchání je člověk ohrožen na životě. Při vyšetření nemocného se zaměřujeme na ventilaci, kdy dochází k přesunu plynů do plic a opačně. Počet dechů se měří jednu minutu tak, aby nemocný o tom nevěděl a nezadržoval dech. Nejčastěji se provádí jako součást měření pulsu. Frekvence u dospělého jedince je 14 – 18 dechů /minutu. Saturace kyslíkem ( SpO<sub>2</sub>) měříme na prstu nemocného a hodnota by měla být nad 95%. (Trachtová, 2004, s. 111)

#### 4.13.5 Hmotnost a výška

K výpočtu indexu tělesné hmotnosti slouží Body Mass Index (BMI). Určuje poměr mezi hmotností a výškou.

$$BMI = \frac{\text{Hmotnost(kg)}}{\text{výška x výška (m)}}$$

Za normální rozmezí BMI se považuje hodnota 20 – 25.(Trachtová, 2004, s. 87)

#### 4.13.6 Stav vědomí

Poruchy vědomí se dělí na kvalitativní a kvantitativní. Sestra hodnotí stav bdělosti a reakci na podnět. Zjišťuje, zda je nemocný orientován místem, osobou a časem.

**Mezi kvalitativní poruchy** se řadí: **delirium**, které je provázeno neklidem, zmateností, zrakovými a sluchovými halucinacemi. Začíná náhle, nemocný si tento stav nepamatuje. Mráкотný stav, který náhle vzniká a rychle odezní, se nazývá **obnubilace**. Při zmatenosti, která je provázená halucinacemi, dezorientací časem a místem, mluvíme o **amenci**.

**Mezi kvantitativní poruchy** patří: **somnolence** – nemocný jeví známky spavosti, ale reaguje na oslovení, **sopor** – nemocný se jeví stejně, ale k probuzení je potřeba silný, bolestivý podnět. Stav krátkodobého bezvědomí se označuje jako **synkopa**. Pokud se nemocný nachází ve stavu, který se nazývá **kóma**, je v hlubokém bezvědomí, nereaguje na bolestivé podněty, vyhasínají základní reflexy, ale jsou zachovány vegetativní funkce. (Kozierová, 1995, s. 457).

## 5 SPECIÁLNÍ ČÁST - KAZUISTIKY

### 5.1 Kazuistika č. 1

Pohlaví..... muž

Věk ..... 47 let

Doba nemoci..... 27 let

Od dvaceti let pociťoval brnění a mravenčení v rukou, byl vyšetřen na neurologii, doporučeny koupele ve studené a teplé vodě. Na několik týdnů se stav upravil. Pak došlo k dalšímu zhoršení ve smyslu necitlivosti levé dolní končetiny. Byl znova přijat na neurologii, postoupil vyšetření MR a lumbální punkci. Ta potvrdila diagnózu RS – relaps remitentní.

V době atak byl hospitalizován na neurologii v Kotíkovské ulici, později na neurologii ve Fakultní nemocnici na Lochotíně. Byly mu aplikovány kortikoidy ve formě infuzí. Z tablet měl předepsán Medrol 16 mg, Baclofen, Imuran, Deniban, Kalium chloratum, Apo-ome. Po dlouhodobém podávání kortikoidů u něho došlo dvakrát k přetržení Achilových šlach, sádru měl pokaždé šest týdnů. Po druhém přetržení šlachu pouze ležel na lůžku, celý den a noc se o něho starali rodiče. Za několik dní nato onemocněl zápallem plic, byl hospitalizován na MJIP Lochotín, pak na interním oddělení. Nechtěl jídlo, pití, infúze, léčbu. Přál si zemřít, aby už se jeho trápení skončilo. Navštěvovala ho celá jeho rodina. Pak se jako zázrakem vzchopil. Po propuštění z nemocnice se domluvil s bývalou manželkou a odešel bydlet k ní a k dceři. Žije s nimi přes rok v rodinném domě.

### 5.2 Odebrání ošetřovatelské anamnézy

Rozhovor s prvním nemocným se uskutečnil v srpnu 2014, byl veden hodinu a půl, po té již byl nemocný unaven a chtěl rozhovor ukončit. Odpovědi jsem si průběžně zapisovala do bloku. Rozhovor byl s odstupem času dvakrát opakován, aby bylo možno provést hodnocení probíhajícího ošetřovatelského a edukačního procesu.

## **Udržování bezpečného prostředí**

### *Subjektivně*

Nemocný udává, že žije s manželkou, dcerou a jejím přítelem v rodinném domě, cítí se zde bezpečně. Na zahradu ani na procházky ven nechce, aby ho nikdo neokukoval. Pohybuje se pouze po bytě s pomocí francouzské hole a z druhé strany potřebuje oporu manželky nebo dcery. Má strach, aby neupadl a nezlomil si nohu. Nechce, aby byl znova upoután na lůžko.

### *Objektivně*

Nemocný se snaží poslední rok spolupracovat, občas cvičí, aby měl sílu v rukou. Někdy nemá náladu a proleží celý den. Při chůzi potřebuje pomoc druhé osoby a francouzskou hůl. Chodítka a vozík odmítá.

## **Komunikace**

### *Subjektivně*

Říká, že mu samota nevádí, někdy mluví, jindy jsou dny, kdy chce být sám. S nemocí se nikdy nesmířil ani ji nepřijal. Je rozvedený, ale přes rok žije s bývalou manželkou. Při řešení těžkých situací mu pomáhá manželka, dcera a rodiče. Ti ho také pravidelně navštěvují, občas přijede na návštěvu sestra.

### *Objektivně*

Na otázky reaguje pomaleji, podle rodiny jsou dny, kdy je klidný, komunikativní, jindy je nervózní, hádavý, nic není dobře, chce do ústavu, aby nepřekážel. Je vidět, že má oporu v rodině.

## **Dýchání**

### *Subjektivně*

S dechem problémy nemá, nerad vzpomíná na prodělaný zápal plic, cítil se vysílený od teplot a kašle, chtěl vše vzdát. Kouří deset cigaret denně, říká: „že je to jediné, co mu zbylo.“

### *Objektivně*

Během rozhovoru si nemocný zapaluje cigaretu, občas kašle. V bytě je cítit, že se zde kouří, nemocnému by prospěl pobyt na zahradě na čerstvém vzduchu.

### **Příjem stravy a tekutin**

#### *Subjektivně*

Denně vypije litr a půl tekutin, pije minerální vody a čaj. Kávu pije dvakrát denně, alkohol pouze příležitostně. Ve stravě si nevybírá, říká, že sní vše, co manželka uvaří. Jí pětkrát denně, problémy se zažíváním nemá.

#### *Objektivně*

Nemocný je vysoký 179 cm, váží 68 kg, BMI má 21,2. Má hubené dolní končetiny s viditelným úbytkem svalové hmoty, kulatý obličej a větší břicho, což je důsledek dlouhodobého užívání kortikoidů. Kůži má suchou, v obličeji je červený, na DK má jizvy po šití Achilových šlach, vlasy a nehty zdravé.

### **Vylučování**

#### *Subjektivně*

Neudává problémy s vylučováním stolice ani moče. Krev ani hlen ve stolici nikdy nepozoroval. Někdy používá močovou lahev a udává potíže ve smyslu manipulace s močovou lahví, na WC dojde s pomocí, záleží na momentálním zdravotním stavu.

#### *Objektivně*

Nemocný má u lůžka močovou lahev, k dispozici má pojízdný WC. Manželka mu často převléká postel, aby byl v čistotě.

### **Osobní hygiena a oblékání**

#### *Subjektivně*

Při vykonávání těchto potřeb nemocný udává, že potřebuje pomoc druhé osoby. Sám by nedošel do koupelny, nesedl do vany a neumyl se. Také při oblékání některých oděvů potřebuje pomoc. Sám by si ani nezavázal boty. Nejraději má bavlněné oblečení,

které je mu velmi příjemné. Někdy se více potí a musí si vzít čisté prádlo. Protože je někdy unavený, některé dny se mu nechce do mytí a raději by jen ležel.

#### *Objektivně*

Nemocný je nesoběstačný, má přiznán příspěvek na bezmocnost, manželka dbá na to, aby byl v čistotě. To bývá občas předmětem hádek, pokud má nemocný jiný názor a nechce si umýt vlasy, oholit se a ostříhat nehty.

V době rozhovoru byl nemocný čistý upravený, měl umyté vlasy a byl oholen. Jeho kůže byla bez ekzémů a vyrážky.

### **Kontrola tělesné teploty**

#### *Subjektivně*

Má dostatečný příjem tekutin, teplotu si pravidelně neměří, jen pokud je nachlazen a má rýmu.

#### *Objektivně*

Nemocný má normální tělesnou teplotu, je bez známek akutního infektu.

### **Zaměstnání a hra**

#### *Subjektivně*

Někdy se dívá na televizi, poslouchá rádio, jindy nemá na nic náladu a den prospí. Než se u něho objevila nemoc, byl sportovně velmi aktivní. Hrál hokej, fotbal, jezdil na kole, lyžoval, plaval a posiloval. Jakmile onemocněl, na veškerý pohyb zanevřel.

Knihy ani časopisy nečte.

#### *Objektivně*

Podle manželky vše závisí na jeho náladě. Někdy je společenský, dívá se na televizi, jindy vyvolává hádky, je ponořen sám do sebe.

## **Mobilizace**

### *Subjektivně*

Dříve sportoval, po určení diagnózy odmítal veškerou rehabilitace a posilující cvičení. Proležel celý den pro nechut' něco dělat nebo kvůli únavě. Dnes se někdy snaží posilovat paže a chodit po bytě s pomocí druhé osoby. Je rád, že se mu několikrát podařilo se sám oholit. Také při jídle se snaží sám najíst, i když má jídlo v hlubokém talíři a jí pouze se lžící.

### *Objektivně*

Nemocný má viditelný úbytek svalové hmoty na horních i dolních končetinách z důvodu nečinnosti. U lůžka má posilovací kroužky na paže. Z bytu jsou odstraněny prahy, na WC a koupelně jsou madla, sedátko přes vanu pro snadnější pohyb a pohodlné umytí, protože by nevydržel dlouho stát bez opory.

## **Spánek**

### *Subjektivně*

Většinou spí dobře, někdy proleží a prospí celý den a pak nemůže spát v noci. Přemýšlí, proč má RS právě on a co bude dál. Pokud nespí, cítí se unavený, mrzutý. Někdy se budí brzo ráno, jindy vydrží spát třeba do deseti hodin.

### *Objektivně*

V době rozhovoru byl nemocný odpočatý, vyspalý. Manželka dbá na to, aby měl večer vyvětraný pokoj.

## **Sexualita**

### *Subjektivně*

K tomuto tématu se nemocný odmítá vyjadřovat.

### *Objektivně*

Nemocný je rozvedený deset let, ale již přes rok žije s bývalou manželkou, mají spolu dospělou dceru.

## Umírání

### *Subjektivně*

Není věřící, někdy si přeje, aby vše skončilo, pomoc psychologa odmítá.

### *Objektivně*

Podle vyjádření manželky někdy působí dojmem, že je mu vše jedno, že přežívá ze dne na den. Velice záleží na jeho momentální náladě a psychickém rozpoložení.

## 5.3 Fyzikální vyšetření nemocného všeobecnou sestrou

**TK na LHK** ..... 115/75

**P** ..... 68tepů/minutu

**TT** ..... 36.5 °C

**Dýchání** ..... 17 dechů /minutu

**Hmotnost** ..... 68 kg

**Výška** ..... 179 cm

**Stav vědomí:** nemocný je při vědomí, orientován místem, časem, prostorem, osobou

**Psychický stav:** při rozhovoru nemocný rozumí otázkám, pomaleji odpovídá, jeho psychický stav se odvíjí od momentálního zdravotního stavu.

**Hlava:** při poklepu nemocný neudává žádnou bolest, oči, uši, nos bez patologie

**Krk:** bez patologie

**Hrudník:** pravidelné dýchání bez vedlejších fenoménů

**Břicho:** bez jizev, na pohmat nebolestivé, měkké

**DK:** mírné otoky kolem kotníku na LDK, na obou končetinách jizvy po operaci

Achillových šlach, pulzace oboustranně symetrická, bez varixů, viditelný úbytek svalové tkáně

**Chůze a stoj:** chůze nejistá, bez opory nemožná, nutnost pomoci druhé osoby



|   |  |
|---|--|
| <b>Barthelův test všedních denních činností</b> ..... | 40 bodů- vysoce závislý  |
| <b>Škála deprese pro geriatrické pacienty</b> .....   | 10 bodů- mírná deprese   |
| <b>Body Mass Index</b> .....                          | 21,2 normální tělesná hmotnost   |
| <b>Kurtzkeho stupnice postižení</b> .....             | 6 b hybnost omezení s pomocí berle, hole   |
| <b>Přesuny</b> .....                                  | na krátké vzdálenosti, doma s přidržováním se o předměty, schopnost výkonu drobných prací s pomocí druhé osoby |

## 5.4 Plán ošetrovatelské péče

Při plánování ošetrovatelské péče byly použity tyto škály.

Barthelův test všedních denních činností

Škála deprese pro geriatrické pacienty

Body Mass Index

Kurtzkeho stupnice postižení

### 5.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

#### 1. (00108) Deficit sepeče při koupání z důvodu spasticity projevující se zhoršenou pohyblivostí a sníženou schopností samostatně provádět osobní hygienu

Subjektivně

Nemocný žádá o pomoc dovést do koupelny a pomoci při hygieně.

Objektivně

Nemocný není schopen sám dojít do koupelny a umýt se.

### *Cíl*

Nemocný bude mít zajištěnou hygienu v nejvyšší možné kvalitě.

### *Intervence*

Zjistí stupeň závislosti na ošetrovatelské péči podle Barthelova testu všedních činností!

Zajisti nemocnému soukromí a kompenzační pomůcky!

Doprovod' nemocného do koupelny!

Pomáhej při osobní hygieně!

Motivuj a zapoj nemocného do vykonávání osobní hygieny!

Pochval ho za sebemenší snahu!

### *Hodnocení*

2. 8. 2014 Nemocný se někdy snaží o spolupráci, je pro něho důležité dojít si dokoupelny.

15.8 2014 Pokouší se sám oholit se elektrickým strojkem. Hodnocení podle

Barthelova testu zůstává na 40 bodech.

## **2. (00109) Deficit péče při oblékání z důvodu neuromuskulárního poškození projevující se zhoršenou schopností obléknout si některé části oděvu**

### *Subjektivně*

Nemocný žádá o pomoc při oblékání.

### *Objektivně*

Nemocný není schopen se sám obléknout.

### *Cíl*

Nemocný bude čistě oblečen a upraven.

### *Intervence*

Zjistí stupeň závislosti podle Barthelova testu!

Motivuj nemocného a pochval za snahu při oblékání!

Ponech nemocnému dostatek času!

Zapoj rodinu!

#### *Hodnocení*

2. 8. 2014 Nemocný se snaží podle svých sil a nálady pomáhat při oblékání.

15. 8. 2014 Z důvodu třesu horních končetin se nechává obléci od manželky.

Hodnocení podle Barthelova testu je 40 bodů.

### **3. (00102) Deficit sebepéče při stravování z důvodu třesu pravé horní končetiny projevující se neschopností připravit si jídlo**

#### *Subjektivně*

Nemocný žádá o donesení jídla na stůl nebo k lůžku, jídlo chce do hlubokého talíře, jí pouze lžící.

#### *Objektivně*

Třese se mu pravá ruka, není schopen donést jídlo na stůl.

#### *Cíl*

Nemocný bude mít zajištěnou pravidelnou stravu a příjem tekutin.

#### *Intervence*

Zjistí stupeň závislosti podle Barthelova testu!

Zajisti podávání stravy a tekutin v pravidelných intervalech!

Ponech nemocnému dostatek času a klid na jídlo!

Motivuj a pochval za snahu!

Při zhoršeném zdravotním stavu nemocného nakrm!

Zapoj aktivně rodinu!

### *Hodnocení*

2. 8. 2014 Nemocný se snaží sám najíst, jídlo si nabírá lžící.

15. 8. 2014 Z důvodu třesu horních končetin jí pouze několik lžící sám, pak mu jídlo dává manželka.

Stupeň závislosti podle Barthelova testu je nadána 40 bodech.

#### **4. (00110) Deficit sebezpečí při vyprazdňování z důvodu snížené mobility projevující se neschopností dojít si sám na WC**

##### *Subjektivně*

Nemocný žádá o doprovod na WC.

##### *Objektivně*

Nemocný nedokáže dojít na WC bez pomoci druhé osoby.

##### *Cíl*

Nemocný se bude pravidelně a bez problémů vyprazdňovat.

##### *Intervence*

Doprovod nemocného na WC!

Zajisti soukromí!

Zajisti signalizační zařízení!

Zajisti hygienu rukou po vykonání potřeby!

Sleduj pravidelnost ve vyprazdňování!

Zapoj aktivně rodinu!

##### *Hodnocení*

2. a 15. 8. 2014 Nemocný se pravidelně bez problémů vyprazdňuje, má k dispozici pojízdné WC nebo si podle momentálního zdravotního stavu dojde s pomocí druhé osoby na WC.

**5. (00120) Situačně snižená sebeúcta z důvodu narušeného obrazu těla projevujícím se slovním zpochybněním vlastní hodnoty**

*Subjektivně*

Nemocný nechce mezi lidmi, stydí se za vozík a chodítko a svůj zdravotní stav.

*Objektivně*

Pobývá pouze doma se svou rodinou, nevyhledává žádné kontakty s cizími lidmi, někdy je nervózní, vzteklý, depresivní.

*Cíl*

Zlepšit sebeúctu a komunikaci s lidmi.

*Intervence*

Vytvoř vztah důvěry!

Komunikuj vlídně, klidně!

Pochval nemocného za sebemenší pokroky a snahu!

Nenuť nemocného do činností, které sám nechce!

Při hovoru s nemocným poukaž na těžší zdravotní stav u jiných nemocných!

Nabídní konzultaci u psychologa!

*Hodnocení*

2. a 15. 8. 2014

Nemocný odmítá návštěvu psychologa, nechce na procházky ani ven na zahradu, když ho někdo navštíví, záleží na momentální náladě, zda se do hovoru zapojí nebo chce jít do svého pokoje.

**6. (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu úbytku a snížení svalové hmoty projevující se nestabilitou a obtížnou chůzí.**

*Subjektivně*

Nemocný žádá o pomoc při chůzi, má problémy se sám udržet na nohou bez opory.

*Objektivně*

Nemocný má viditelný úbytek svalové hmoty na dolních končetinách, nemá sílu sám jít, je nutno ho přidržovat.

*Cíl*

Zachovat pohyblivost kloubů, obnovit svalovou sílu.

*Intervence*

Zhodnot' stupeň rizika imobilizačního syndromu!

Zajisti kvalitní rehabilitaci a posilování svalů na DK!

Prováděj nácvik chůze!

Doporuč kompenzační pomůcky!

Pochval za snahu!

Zapoj rodinu při procvičování chůze!

*Hodnocení*

2. a 15. 8 2014

Nemocný se podle momentálního zdravotního stavu snaží cvičit a pohybovat, je rád za každý krok, který udělá. Bohužel je vše také podmíněno jeho psychickým rozpoložením. Pokud nemá náladu, nechce cvičit ani chodit.

## 5.4.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

### 1. (00155) Riziko pádu z důvodu snížené mobility a poruchy rovnováhy.

#### *Objektivně*

Nemocný žádá o pomoc při chůzi, bojí se, aby neupadl, udává závratě a točení hlavy.

#### *Objektivně*

Není schopen samostatné chůze, potřebuje oporu o stěnu nebo druhou osobu.

#### *Cíl*

Nemocný nebude ohrožen rizikem pádu, budou odstraněny rizikové faktory.

#### *Intervence*

Zajisti pomůcky pro bezpečnost!

Zajisti potřebné pomůcky k lůžku nemocného!

Zajisti signalizaci!

Uprav vhodně lůžko a byt!

Nenechávej nemocného bez dozoru!

Zapoj rodinu!

#### *Hodnocení*

2. 8. 2014

Nemocný se pohybuje pouze s pomocí druhé osoby, nechce upadnout, aby si neublížil, má strach ze zlomení nohy. Rodina dbá na to, aby neupadl, všude ho doprovází.

15. 8. 2014

Nemocný zatím neupadl.

## **2. (00047) Riziko narušení integrity kůže z důvodu zhoršené mobility.**

### *Subjektivně*

Při delším sezení nebo ležení udává pálení na hýždích.

### *Objektivně*

Pokud nemocný déle leží nebo sedí, má zarudlou kůži na hýždích a stehnech.

### *Cíl*

Nemocný bude mít neporušenou, hydratovanou a prokrvenou pokožku.

### *Intervence*

Pravidelně kontroluj stav kůže, hlavně na rizikových místech!

Dbej na čistotu kůže!

Udržuj čisté lůžko!

Dbej na dostatečnou hydrataci kůže a příjem tekutin!

Masíruj ohrožená místa!

Motivuj nemocného k pohybu!

Polohuj nemocného, používej pomůcky na zmírnění mechanického tlaku!

### *Hodnocení*

2. 8. 2014 Nemocný byl seznámen s rizikem vzniku dekubitů. Snaží se polohovat a pohybovat na lůžku.

15. 8. 2014 Nemocný je bez dekubitů.

### **5.3.3. Edukační plán 1**

*Účel:* Edukace o škodlivosti kouření a jeho dopadu na zdraví.

*Cíl:* Nemocný bude mít dostatek znalostí o škodlivosti kouření.



*Pomůcky:* Letáky, brožura, knihy.

*Výukové metody:* Rozhovor, diskuze, video.

### **Oblast kognitivní**

*Specifické cíle:* Nemocný pochopí podstatu škodlivosti kouření.

*Hlavní body plánu:* Poskytnutí informací o škodlivosti kouření.

*Časová dotace:* 10 minut.

*Hodnocení:* Nemocný má dostatek informací o škodlivosti kouření.

### **Oblast afektivní**

*Specifické cíle:* Nemocný bude vykazovat pozitivní změny v názorech na kouření.

*Hlavní body plánu:* Poskytnutí informací o zdravém životním stylu a dopadu kouření na zdraví.

*Časová dotace:* 10 minut.

*Hodnocení:* Nemocný slíbil, že se bude snažit alespoň omezit počet cigaret.

### **Hodnocení efektivity edukace**

2. 8. 2014

Nemocný snížil počet cigaret vykouřených na 5 denně

15. 8. 2014

Nadále kouří. Snaží se udržet počet vykouřených cigaret na 5-6 denně, ale někdy se mu to nepovede.

### **5.3.4. Edukační plán 2**

*Účel:* Edukace zaměřená na dodržování pravidelného pohybu při RS, nácvik posilovacích cviků pro horní a dolní končetiny

*Cíl:* Nemocný bude mít dostatek znalostí o důležitosti pravidelného pohybu.

*Pomůcky:* Letáky, knihy.

*Výukové metody:* Rozhovor, ukázky cviků.

### **Oblast kognitivní**

*Specifické cíle:* Nemocný pochopí důležitost pravidelného cvičení.

*Hlavní body plánu:* Informovat nemocného o nutnosti pravidelného cvičení.

*Časová dotace:* 10 minut.

*Hodnocení:* Nemocný má dostatek informací o pravidelném cvičení.

### **Oblast afektivní**

*Specifické cíle:* Nemocný bude vykazovat pozitivní změny v názorech na cvičení.

*Hlavní body plánu:* Informovat o zdravém životním stylu, jehož součástí je pravidelný pohyb.

*Časová dotace:* 10 minut.

*Hodnocení:* Nemocný má dostatek informací.

### **Oblast psychomotorická**

*Specifické cíle:* Nemocný bude znát cviky posilující svalstvo horních a dolních končetin.

*Hlavní body plánu:* Ukázka jednotlivých cviků.

*Časová dotace:* 15 minut.

*Hodnocení:* Nemocný předvede posilovací cviky.

## **Hodnocení efektivity edukace 2. a 15. 8. 2014**

Cvičí jednou denně. Fyzicky se cítí lépe.

## 5.5 Kazuistika č. 2

Pohlaví..... muž

Věk ..... 53 let

Doba nemoci..... 35 let

Nemocný se vyučil truhlářem, po dvou měsících nástupu do zaměstnání měl problémy se zrakem ve smyslu dvojitého vidění. Obvodním lékařem byl doporučen na oční vyšetření a odtud na neurologii. Byla mu provedena lumbální punkce a zjištěna RS - relaps remitentní. Od roku 1979 mu byl přiznán invalidní důchod. Nemoc byla léčena kortikoidy, dosud užívá Medrol, Baclofen , vitamíny a analgetika na bolest zad. Vždy dbal na včasné zaléčení problémů, hodně se pohyboval, jezdil do lázní.

## 5.6 Odebírání ošetřovatelské anamnézy

Druhého nemocného jsem navštívila také v srpnu 2014 v jeho domácím prostředí a v přítomnosti jeho rodinných příslušníků. Rozhovor trval dvě hodiny, odpovědi byly také písemně zaznamenány do poznámkového bloku. Rozhovor byl dvakrát opakován u důvodu hodnocení ošetřovatelského a edukačního procesu.

### Udržování bezpečného prostředí

#### *Subjektivně*

Nemocný se cítí doma dobře a bezpečně, žije v rodinném domku se sestrou a její rodinou, každý má svůj byt. On bydlí v přízemí, sestra v patře. Snaží se stále pracovat na zahradě a okolí domu, aby byl co nejvíce v pohybu. Dříve chodil na pravidelné procházky. Pro pohyb využívá francouzskou hůl. Ve svém volném čase se schází s kamarády, jezdí na pravidelná setkání se stejně postiženými lidmi. Chodí na pravidelné lékařské prohlídky, sleduje novinky ohledně RS.

#### *Objektivně*

Nemocný spolupracuje, po bytě a zahradě se pohybuje s holí, u schodů má zábradlí, velkou oporou je mu sestra a její rodina. Vozí ho autem k lékaři, na nákup, nebo pokud chce a potřebuje do města.

## **Komunikace**

### *Subjektivně*

Nemocný udává, že nemá problémy s komunikací, rád se setkává s lidmi.

### *Objektivně*

Nemocný komunikuje bez potíží, je vidět, že se pohybuje mezi lidmi, že není izolován. Na otázky reaguje ihned, odpovědi jsou adekvátní, je na něm vidět, že se zajímá o dění kolem sebe.

## **Dýchání**

### *Subjektivně*

Udává, že se někdy zadýchává při práci na zahradě. Nikdy nekouřil, před spaním si vyvětrá, v letních měsících je zvyklý spát při otevřeném okně.

### *Objektivně*

Při rozhovoru dýchal klidně, nekašlal.

## **Příjem stravy a tekutin**

### *Subjektivně*

Denně se snaží vypít dva litry tekutin, střídá čaj a minerální vody. Alkohol si dá pouze výjimečně, pokud se slaví svátek nebo narozeniny. K snídani je zvyklý pít kávu. Snaží se jíst ovoce a zeleninu. Někdy si nechá obědy vozit, o víkendech obědvá u sestry. Jeho neřestí je sladké, má rád buchty a koláče, které peče sestra.

### *Objektivně*

Nemocný má nadváhu, měří 165 cm a váží 77kg, BMI JE 28,2.

## **Vylučování**

### *Subjektivně*

Mívá problémy s vyprazdňováním moče, udává, že má časté nucení na močení, ale množství moče je malé. Na zácpu ani průjem netrpí, pravidelně se vyprazdňuje každé ráno.

### *Objektivně*

Nemocný je plně kontinentní ,během rozhovoru odešel jednou na toaletu.

## **Osobní hygiena a oblékání**

### *Subjektivně*

Po celou dobu nemoci se snaží zachovat si co největší soběstačnost, na WC a v koupelně má pro větší bezpečnost namontovaná madla, myje si hlavu a holí se ráno, pokud má dost síly a je odpočatý. S oblékáním problémy nemá. Zubní protézu nemá, alergii na kosmetické přípravky neudává.

### *Objektivně*

Nemocný je soběstačný, je čistý, upravený, slušně oblečený. Na kůži nemá žádnou vyrážku ani ekzémy.

## **Kontrola tělesné teploty**

### *Subjektivně*

Teplotu si pravidelně neměří. Pokud je nachlazen, snaží se vše hned zaléčit a pak si měří i teplotu.

### *Objektivně*

V době rozhovoru měl nemocný normální tělesnou teplotu, cítil se dobře.

## **Zaměstnání a hra**

### *Subjektivně*

Rád luští křížovky, osmisměrky, sudoku, čte knihy a časopisy, sleduje televizi, poslouchá rádio. Pokud mu to síly dovolí, pracuje na zahradě.

*Objektivně*

V pokoji má velkou knihovnu, má rád návštěvy, s dětmi své sestry hraje různé hry a také se zajímá o práci na počítači.

### **Mobilizace**

*Subjektivně*

Od počátku své nemoci se snažil rehabilitovat a posilovat horní končetiny, jezdil do lázní. Je rád, že se sám pohybuje po domě a zahradě, na delší vzdálenosti ho odveze někdo z rodiny autem. Stěžuje si na chronickou bolest zad, musí brát analgetika.

*Objektivně*

Nemocný používá k pohybu francouzskou hůl. Bylo by vhodné, kdyby snížil svoji hmotnost.

### **Spánek**

*Objektivně*

Nemocný udává, že spí dobře, před spaním si vyvětrá, v létě spí při otevřeném okně. Někdy si po obědě lehne a odpočine si.

*Objektivně*

V době rozhovoru byl nemocný odpočatý, vyspalý.

### **Sexualita**

*Subjektivně*

V mládí měl přítelkyni, nyní žije sám, děti nemá, ale pomáhá sestře při výchově dětí, občas je hlídal, když byly malé.

*Objektivně*

Je bezdětný, svobodný.

### **Umírání**

*Subjektivně*

Myšlenky na smrt si nepřipouští, je rád, že i když má RS , tak je na tom po zdravotní stránce relativně dobře. Ví, jak je nemoc zákeřná. Snaží se užít si každý den.

*Objektivně*

Nemocný má kladný vztah k životu, nemoc bere jako součást života, konzultace s psychologem nepotřebuje.

### **5.7 Fyzikální vyšetření nemocného všeobecnou sestrou**

**TK na LHK** ..... 120/65

**P**..... 66 tepů/ minutu

**TT** ..... 36,4 ° C

**Dýchání** ..... 16 dechů/minutu

**Hmotnost** ..... 77 kg

**Výška** ..... 165 cm

**Stav vědomí:** při vědomí, orientace místem, časem, osobou, prostorem

**Psychický stav:** nemocný rozumí otázkám, odpovídá adekvátně, je smířen se svou nemocí

**Hlava:** poklepově nebolestivá, oči, uši, nos bez patologie

**Krk:** bez patologie

**Hrudník:** nemocný dýchá pravidelně

**Břicho:** na pohmat měkké, nebolestivé, neprodělal žádné operace

**DK:** bez otoků, varixů, spasticita na LDK, pulsace oboustranně symetrická, hmatná na periferii

**Chůze a stoj:** stoj bez problémů, chůze s holí pro větší pocit jistoty

**Barthelův test základních všedních činností:** 95 bodů lehce závislý

**Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 2 body – bez deprese

**Melzackova škála bolesti:** 3

**Kurtzkeho stupnice postižení:** 4 – hybnost, výkonnost a pracovní schopnost omezeny, normální způsob života možný bez závislosti na pomoci druhé osoby

## **5.8 Plán ošetrovatelské péče**

Při plánování ošetrovatelské péče byly použity škály:

Barthelův test základních všedních činností

Škála deprese pro geriatrické pacienty

Melzackova škála bolesti

Kurtzkeho stupnice postižení

### **5.8.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

- 1. (00088) Zhoršená chůze z důvodu neuromuskulárního poškození projevující se zhoršenou schopností zdolávat schody.**

*Subjektivně*

Nemocný říká, že se mu v posledních letech zhoršila chůze.

*Objektivně*

Nemocný používá při chůzi francouzskou hůl.

*Cíl*

Úprava prostředí, aby nedošlo k poranění, nemocný bude mít pocit jistoty při chůzi.

*Intervence*

Uprav pokoj nemocného!

Odstraň rizikové faktory!

Edukuj o pravidlech bezpečného pohybu!



Zajisti pomůcky pro bezpečnost!

Zajisti rehabilitaci a posilování horních končetin!

Kontroluj nemocného!

Zajisti signalizaci!

*Hodnocení*

7. a 17. 8. 2014 Nemocný se pohybuje výhradně s holí, při chůzi do schodů nebo ze schodů se přidržuje zábradlí.

## **2. (00016) Zhoršené vylučování moči z důvodu senzomotorického poškození projevující se četností močení**

*Subjektivně*

nemocný udává časté nucení na močení.

*Objektivně*

Během hodiny odchází nemocný dvakrát na WC.

*Cíl*

Nemocný se dostatečně vyprázdní, dojde ke snížení frekvence močení.

*Intervence*

Sleduj příjem a výdej tekutin!

Sleduj diurézu a charakter moče!

Zajisti soukromí při vyprazdňování!

Sleduj potíže při močení!

Zajisti návštěvu u urologa!

Podávej předepsané léky!

*Hodnocení*

7. 8. 2014 Nemocnému doporučeno vyšetření na urologii.

17. 8. 2014 Po vyšetření na urologii byly nemocnému předepsány léky na úpravu močení.

**3. (00133) Chronická bolest z důvodu chronického tělesného postižení projevující změnou pozice těla.**

*Subjektivně*

Nemocný si stěžuje na bolest zad, hledá úlevovou polohu.

*Objektivně*

Nemocný je neklidný, grimasuje, podle Melzackovy škály bolesti udává – 3.

*Cíl*

Nemocný nebude mít bolest nebo dojde ke zmírnění do 20 minut od podání analgetik - škála bolesti - 1.

*Intervence*

Monitoruj bolest!

Informuj o úlevové poloze!

Zajisti nemocnému klid!

Podávej analgetika podle ordinace lékaře!

Sleduj účinky analgetik!

Doporuč nemocnému návštěvu na ambulanci bolesti!

*Hodnocení*

7. 8. 2014 Při bolesti nemocný užívá Ibalgin. Do půl hodiny cítí úlevu.

17. 8. 2014 Nemocný se rozhodl, že navštíví ambulanci bolesti.

**4. Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu z důvodu nadměrného příjmu živin projevující se zvýšenou tělesnou hmotností.**

*Subjektivně*

Nemocný říká, že má rád sladké, hlavně buchty a koláče.

*Objektivně*

Nemocný je obézní, podle BMI - 28,2 má nadváhu.

*Cíl*

Nemocný se bude racionálně stravovat, omezí sladká jídla.

*Intervence*

Zjistí stravovací návyky!

Zajisti vhodnou dietu!

Zařaď do jídelníčku více ovoce a zeleniny!

Edukuj o zdravé výživě!

Podporuj nemocného ve změně stravovacích návyků!

Pochval za redukci hmotnosti!

*Hodnocení*

Po rozhovoru s nemocným o redukci váhy, zlepšení pohybové aktivity a zmírnění

bolestí zad, se bude snažit o redukci váhy.

**5. (00093) Únava z důvodu onemocnění CNS projevující se zachovat obvyklé návyky.**

*Subjektivně*

Nemocný udává, že se někdy cítí unavený a musí omezit aktivitu.

*Objektivně*

Nemocný polehává, vypadá unaveně.

*Cíl*

Zmírnění únavy, dostatek odpočinku.

*Intervence*

Seznam nemocného s příčinou únavy!

Zajisti dostatek odpočinku!

Zajisti klidné prostředí!

Nabídní pomoc při denních činnostech!

## **5.8.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy**

### **1. (00155) Riziko pádu z důvodu potíží s chůzí.**

*Subjektivně*

Nemocný udává slabost levé dolní končetiny.

*Objektivně*

Nemocný používá při chůzi francouzskou hůl, při chůzi po schodech se přidržuje zábradlí.

*Cíl*

Nemocný nebude ohrožen rizikem pádu.

*Intervence*

Uprav pokoj a byt!

Doprovod' nemocného při vycházce!

Zajisti kompenzační pomůcky!

Zajisti signalizaci nebo mobilní telefon!

Doporuč posilování horních končetin!

### *Hodnocení*

7. a 17. 8 2014 Nemocný se snaží být opatrný, pokud se cítí unavený, raději se zdržuje v pokoji.

### **5.8.3 Edukační plán**

*Účel:* Dodržování správné životosprávy v oblasti příjmu výživy.

*Cíl:* Nemocný bude mít dostatek znalostí o škodlivosti nezdravé výživy.

*Pomůcky:* Letáky, brožury, knihy.

*Výukové metody:* Rozhovor, diskuse, praktická ukázka sestavení jídelníčku, váha na potraviny.

#### **Oblast kognitivní**

*Specifické cíle:* Nemocný pochopí důležitost správného stravování.

*Hlavní body plánu:* Poskytnout informace o složení potravin a správném jídelníčku.

*Časová dotace:* 30 minut.

*Hodnocení:* Nemocný bude mít dostatek informací o složení potravin a jejich správném použití.

#### **Oblast afektivní**

*Specifické cíle:* Nemocný bude vykazovat pozitivní změny v názorech na správnou výživu.

*Hlavní body plánu:* Poskytnutí informací o zdravé výživě.

*Časová dotace:* 15 minut.

*Hodnocení:* Nemocný má dostatek vědomostí správné výživě, chce změnit své stravovací

návyky a omezit sladkosti.

### **Oblast psychomotorická**

*Specifické cíle:* Nemocný bude umět sestavit jídelníček podle zásad správné výživy.

*Hlavní body plánu:* Ukázka přípravy jídelníčku, vážení jednotlivých porcí potravy.

*Časová dotace:* 20 minut.

*Hodnocení:* Nemocný umí pracovat s váhou, umí sestavit jídelníček z vhodných potravin.

### **Hodnocení efektivity edukace**

17. 8.2014

Nemocný dodržuje zásady správné výživy. Někdy si dá navíc něco sladké. Vzhledem ke krátké době hodnocení nejsou patrné změny v hmotnosti a BMI, nicméně nemocný se cítí lépe.

## 6 DISKUSE

Už když jsem začala studovat na ZČU, věděla jsem, že tématem mé bakalářské práce bude roztroušená skleróza mozkomíšní. O tuto nemoc jsem se zajímala už dříve, protože je přímou součástí mého života. Také jsem se o ní dozvěděla od kolegyně, která ji zná ze své rodiny. Setkávala a setkávám se s nemocí i během výkonu svého povolání. V posledních letech je to stále častěji. Jedná se o starší ženy, méně už o muže. S mladými ženami, které onemocněly RS se často setkávám na gynekologicko - porodnické klinice, buď na operačních sálech, nebo při porodu.

V dávné době byla RS považována za zlou nemoc, která vedla ke smrti. Nemocní byli vytěšňováni na okraj společnosti. Péče o ně byla také nedostačující, nebylo dost informací a zkušeností.

S rozvojem medicíny, léčebných metod, léků, kompenzačních pomůcek, sociální podpory, organizovanosti lidí s RS a přístupů zdravotnických pracovníků se péče o nemocné výrazně zlepšila. Ošetřování těchto nemocných vychází z teorie holistického pojetí člověka. Ten je vnímán jako bio – psych – socio – spirituální bytost, která má své potřeby. Ty je nutno uspokojovat jako celek. Jakmile dojde k poruše v jedné oblasti, naruší se celý systém. V dnešní době se klade velký důraz na to, aby se o nemocného staral celý ošetřovatelský tým složený z lékařů, všeobecných sester, rehabilitačních pracovníků, psychologů a edukačních sester. Neméně důležitá je i spolupráce a edukace členů rodiny, protože jen ten, kdo má dostatek informací o nemoci a jejích problémech, ví, co nemocný prožívá a jak se cítí. Přesto všechno je nejdůležitější a klíčové, aby nemoc přijal a naučil se s ní žít sám nemocný. Je nutné, aby i přes nepřízeň osudu našel smysl života. Prognóza nemoci závisí na mnoha faktorech, jedním z nejdůležitějších je vliv životní situace, ve které se nemocný nachází. Každý nemocný je nucen vyrovnat se s faktem, že RS je nemoc nevléčitelná, ale pouze ovlivnitelná a působí na všechny složky struktury osobnosti. Největší roli hraje porucha hybnosti. Včasnou diagnózou a léčbou je možné zmírnit průběh nemoci. Při zvládání potíží, které RS přináší, je pro nemocného velmi důležitá podpora blízké rodiny a přátel. Právě v tomto nelehkém období se nejvíce prověřují kvalitní mezilidské vztahy.

Při psaní teoretické části jsem použila několik zdrojů s dřívějším datem vydání. Přesto si myslím, že i v dnešní době mají co říci. Jedná se o knihy Psychologie od Krivohlavého z roku 2002, Ošetrovatelstvo od Kozierové z roku 1995, Neuroimunologie od Havrdové z roku 2001 a hlavně tenká kniha od Lenského z roku 1996. Myslím, že právě tuto knihu by si měl přečíst každý, kdo onemocněl RS. Píše se v ní, že není obtížné být šťastný, pokud jsme zdraví a v pohodě, ale je hrdinství najít si smysl života ve stavu ohrožení základních hodnot a jistot.

Ve své práci jsem zpracovala kazuistiku a ošetrovatelské plány u dvou nemocných s RS s odlišným přístupem k životu a nemoci. Oba mají velké štěstí na kvalitní rodinné zázemí. První nemocný bohužel svoji nemoc nikdy nepřijal, v začátku i v průběhu léčby úplně zanevřel na pravidelný pohyb a rehabilitaci, což se velmi negativně odrazilo na jeho tělesné kondici. Během posledních let se u něho objevil i imobilizační syndrom, ze kterého se velmi těžko zotavoval. Při všedních denních činnostech potřebuje pomoc druhé osoby. Tento stav se odráží i na jeho psychice.

Na druhém nemocném je vidět, že optimismem, neustálým vzděláváním a zájmem o novinky ohledně RS, vůlí cvičit, smířením se s osudem, přijetím nemoci a něco pro sebe dělat, je možné i po tolika letech být soběstačný a těšit se ze života. Také znám ze svého okolí několik žen matek, které se starají o rodinu, vychovávají děti. Na první pohled na nich není poznat, že by se léčily na RS. Dovolím si tvrdit, že k tomu jistě přispívá každodenní pohyb při zajištění chodu celé domácnosti, výchově dětí a velkou vůlí být co nejvíce fit. Právě pravidelný pohyb je v léčbě nemoci pokládán za velmi důležitý.

Obě kazuistiky poskytují hlubší pohled do problematiky onemocnění RS. Využití metody ošetrovatelského procesu umožňuje důkladné zmapování všech možných problémových oblastí v životě pacienta. Zároveň využití vhodného ošetrovatelského modelu dává prostor pro získání subjektivního vnímání jednotlivých oblastí samotným nemocným. Právě toto osobní vnímání jednotlivých oblastí života zdůrazňuje rozdílnost postojů zkoumaných nemocných k nemoci, ke zdraví, ke svým blízkým i ke svému životu.

Vytvořené plány ošetrovatelské péče dokládají význam individuálního přístupu k nemocnému s důrazem na specifické problémy vyplývající z vlastního onemocnění. Důležitým momentem je také vymezení skutečnosti, že problémy nemocného nekončí propuštěním z nemocnice nebo po ošetření v ambulantní péči, ale pokračují i v běžném životě nemocného mimo „svět zdravotníků“. Pro profesionální ošetřující personál je toto



uvědomění velmi důležité a z hlediska plánování ošetrovatelské péče zcela zásadní. Plánovaná ošetrovatelská péče má význam nejen pro ošetřující zdravotníky, ale může být vodítkem ke zlepšení společného života nemocného s jeho rodinou a blízkými. Ošetrovatelské intervence v obměněných podobách můžou blízcí nemocného využít v péči o nemocného v domácím prostředí a jejich prostřednictvím možná naleznou cestu k řešení dosud svízelných situací. V neposlední řadě objektivní a subjektivní popis specifických problémů nemocného, může pomoci změnit pohled na životní situaci, kterou diagnóza roztroušené sklerózy u nemocného vytvořila.

## 7 ZÁVĚR

Roztroušená skleróza je chronické degenerativní onemocnění nervového systému. Její zákeřnost spočívá v tom, že postihuje hlavně mladé lidi v produktivním věku a trvale je invalidizuje. Podle posledních údajů je v ČR postiženo RS okolo 130 000 lidí. Jelikož není známá příčina, není možno ji vyléčit, pouze zmírnit příznaky. K tomu všemu napomáhá včasná diagnostika nemoci pomocí MRI, lumbální punkce, včasné nasazení léků první volby, rehabilitace, edukace, lázeňská léčba, pomoc v sociální oblasti, ale i přístup celé společnosti k těmto nemocným.

Cílem mé práce bylo seznámit nemocné a hlavně rodinné příslušníky s nemocí a vytvořit pro ně ošetrovatelské plány, které by využili při péči o své blízké v domácím prostředí. Jen ten, kdo zná celou problematiku nemoci, může se vcítit a pochopit tělesné duševní rozpoložení nemocného a účinně mu pomáhat a podporovat ho v každodenním životě. Věřím, že moje práce bude přínosnou pro jiné studenty, ostatní zdravotnické pracovníky, jak v nemocniční tak v domácí péči, i pro laickou veřejnost, a přispěje tak ke zlepšení péče o nemocné s roztroušenou sklerózou.

Přála bych všem nemocným s RS, aby se co nejdříve našla příčina a účinná léčba na tuto nemoc. Dovolila bych si odcitovat novoroční poselství z roku 1996, které napsala redaktorka časopisu Roska a zároveň dlouholetá nemocná s RS paní Blanka: „Nestyďme se za svoji nemoc! Je to nemoc jako každá jiná...Především se musíte naučit s ní žít a bojovat proti ní – leckdy sami se sebou. Pak najdete i správný přístup ke svému okolí, aby vás chápalo...Nepodléhejte sebelítosti nebo naopak falešnému hrdinství, ani jedno ani druhé není správné a už vůbec vám to nepomůže. Chovejte se zcela přirozeně tak, abyste dokázali sobě i svému okolí, že i se svým handicapem můžete žít plně, spokojeně a radostně jako zdraví lidé. Zapomeňte na všechny chmury a nepřízně osudu – život je krátký, jen jeden a stojí za to žít!“ (Lenský, 1996, s. 100)

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. 351 s. ISBN: 978-80-7262-707-3.

COSTELLOE, Lisa. Extrémy RS- benigní a agresivní forma. In *Roska*. 2010. č. 3, roč. 27, s. 10. ISSN 1211-4030.

DUŠÁNKOVÁ, Jarmila. Psychické příznaky RS. In *Roska*. 2007. č. 4, roč. 20, s. 20. ISSN 1211-4030.

HAVRDOVÁ, Eva. *Novinky v léčbě*. [online]. 2009. [citace 08.08.2014]. Dostupné na [www: http://www.roska.eu/novinky-v-lecbe/novinky-v-lecbe.html](http://www.roska.eu/novinky-v-lecbe/novinky-v-lecbe.html).

HAVRDOVÁ, Eva. *Co umíme léčit a co můžeme očekávat v budoucnu*. In *Roska*. 2006. č. 3, roč. 23, s. 11. ISSN 1211-4030.

HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. Praha: Maxdorf, 2009. 89 s. ISBN 978-80-7345-187-5.

HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza: Průvodce ošetřujícími lékaři*. Praha: Maxdorf, 2005. 89 s. ISBN 80-7345-069-0.

HAVRDOVÁ, Eva a kolektiv. *Neuroimunologie*. Praha: Maxdorf, 2001. 451 s. ISBN 80-8591-224-4.

HAVRDOVÁ, Eva a kolektiv. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta, 2013. 485 s. ISBN 978-80-204-3154-7.

JEDLIČKA, Pavel, KELLER, Otakar. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-312-5.

KÖVARI, Martina. *Únava u roztroušené sklerózy*. In Roska. 2006. č.3, roč.23, s.6. ISSN 1211-4030.

KOZIER, Barbara, ERB, Glenora Lea, OLIVIERI, Rita. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia Ošetrovatel'ský proces a prax*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRASULOVÁ, Eva. *Transplantace kmenových buněk*. [ ONLINE]. [ citace 14.08. 2014] Dostupné na [http:// www.aktivnízivot.cz/roztrousena-skleroza/transplantace-kmenových - buněk](http://www.aktivnízivot.cz/roztrousena-skleroza/transplantace-kmenových-bunek) .

KRASULOVÁ, Eva. *Genetika a roztroušená skleróza*. In Roska. 2007. č.1, roč.24, s. 21. ISSN 1211-4030.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing,a.s, 2002. 187s. ISBN 80-247-0179-0.

LENSKÝ, Petr. *Aktuální ohlédnutí*. In Roska.2006. č.1, roč.23,s.15. ISSN 1211-4030.

LENSKÝ, Petr. *Roztroušená skleróza mozkomíšni: nemoc, nemocný a jeho problémy*. In Unie Roska. 1996. 115 s. ISBN neuvedeno.

MACHALICKÁ, Simona. *Urologická problematika u roztroušené sklerózy*. In Roska.2007. č.4. roč. 24, s. 16. ISSN 1211-4030.

NANDA INTERNACIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy 2009- 2011*. Praha: Grada Publishing a.s. 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

PIŤHA, Jiří. Roztroušená skleróza – mýty a realita. *In medicína pro praxi*, 2014. č.1, roč., 11, s. 26-28. ISSN 1214- 8687.

ROJAS, Juan Ignacio. Primárně progresivní RS (PP RS). In *Roska*.2010. č.3,roč. 27, s. 6. ISSN 1211-4030.

ROVARIS, Marco. Relaps remitující RS (PP RS) In *Roska*. 2010. č.3,roč.27, s.5. ISSN 1211-4030.

ŘASOVÁ, Kamila, HAVRDOVÁ, Eva. *Rehabilitace u roztroušené sklerózy mozkomíšní*. [ online]. [ citace 15.08.2014] Dostupné na [http:// www.solen.cz/pdf/neu/2005/06/05. pdf](http://www.solen.cz/pdf/neu/2005/06/05.pdf).

ŠIMŮNKOVÁ, Marta. Roztroušená skleróza: EMA schválila perorální léčivý přípravek Tecfidera. In *Medical tribune*, 2014, roč. 10,č.4, B5. ISSN 1214-8911.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324.

TREMLETT, Helen. Sekundárně progresivní RS (SP RS) In *Roska*. 2010.č.3, roč. 27, s. 4. ISSN 1211-4030.

VÁCHOVÁ, Marta. Roztroušená skleróza a gravidita. Ano či ne ? In *Roska*. 2006. č. 3, roč. 23, s. 4. ISSN 1211-4030.

ZIKA, Jaroslav. 2004. *Zpráva o činnosti*. In *Výroční zpráva Unie Roska*. [online]. [citace 7.8. 2014] Dostupné na [http: //www.roska.eu/vyrocní-zpravy/index.php/](http://www.roska.eu/vyrocní-zpravy/index.php/)

ZIKA, Jaroslav. Národní den roztroušené sklerózy v České republice. In *Roska*. 2010.č. 3, roč. 27, s. 5. ISSN 1211-4030.

## Seznam cizích slov a zkratek

- Akomodace oka**..... zaostření oka
- Analgetický účinek** ..... účinek proti bolesti
- Antagonista** ..... látka působící opačně
- Asepsa** ..... nepřítomnost choroboplodných zárodků
- Ataka** ..... akutní vzplanutí choroby
- Ataxie** ..... porucha koordinace pohybu
- Atrofie** ..... úbytek živé tkáně
- Autoimunitní onemocnění** . aktivita imunitního systému se zaměřuje na vlastní organismus a poškozuje ho
- Autologní transplantace** .... jedinec je sám sobě dárce tkáně
- Axon** ..... nervové vlákno
- Bazální glie** ..... podpůrné buňky neuronů
- Benigní průběh** ..... mírný průběh
- CIS** ..... klinicky izolovaný syndrom, první příznak při RS
- CNS** ..... centrální nervový systém
- CT**..... počítačová tomografie
- Cystoskopie** ..... vyšetření močového měchýře optikou
- Cytokin** ..... látka bílkovinné povahy, která se podílí na imunitní odpovědi organismu
- Cytostatika** ..... léky, které potlačují růst nádorových buněk
- Diabetes mellitus** ..... cukrovka
- Diplopie**..... dvojité vidění

**Diseminace**..... rozsev

**Dekubit** ..... proleženina

**Demyelinizace**..... poškození myelinových pochev nervových vláken

**Destrukce**..... zničení

**Detrusor** ..... sval močového měchýře

**Dysestezie**..... pocity znecitlivění

**Dysfunkce** ..... porucha funkce

**Edukace** ..... vzdělání

**Empatie**..... vcítění

**Epidemiologie**..... lékařský obor, který se zabývá studiem faktorů ovlivňující zdraví a nemocnost obyvatelstva

**Erekce** ..... ztopoření penisu

**Etiologie** ..... výklad příčiny

**Fascikulace** ..... záškuby

**Glaukom** ..... zelený zákal

**Hematoencefalická bariéra** překážka vnitřního prostředí mozku od cévního prostředí

**Implantát** ..... umělý nebo přirozený orgán vložený do těla člověka

**Imunodeficiencie** ..... imunologická nedostatečnost

**Inervace** ..... zásobení nervovými vlákny

**Intenční třes** ..... třes při cíleném pohybu, na počátku volního pohybu

**Interferony** ..... léky, které se využívají v léčbě RS

**Interrupce**..... umělé přerušování těhotenství

**IVF centrum**..... centrum léčby neplodnosti

**Kontraktura** ..... stah svalového vlákna

**Kardiovaskulární systém** ... oběhový systém

**Kognitivní funkce** ..... změny v psychickém procesu, kdy je porušena poznávací funkce

**Kompenzace** ..... náhrada

**Kortikoidy** ..... syntetická chemická látka stejné struktury jako hormony kůry nadledvin

**Kryokonzervace** ..... uchování pomocí chladu

**Kryoterapie** ..... léčba chladem

**Kvadruparéza** ..... částečné ochrnutí čtyř končetin

**Léze** ..... poranění, poškození

**Leukopenie** ..... snížený počet bílých krvinek

**Lymfocyt**..... bílá krvinka

**Maligní průběh** ..... agresivní, zhoubný průběh

**Makrofág** ..... buňka přirozené imunity podílející se na imunitní reakci

**Menopauza** ..... ztráta menstruace po přechodu

**Migrace** ..... stěhování jednotlivců z jedné populace do druhé

**Mobilita** ..... pohyblivost

**MRI** ..... magnetická rezonance

**Myelin** ..... ochranná izolační vrstva nervových vláken bílkovinné povahy

**Nekróza** ..... odúmrtí tkání

**Neuralgie trigeminu**..... bolest trojklanného nervu

**Neurorehabilitace** ..... rehabilitace specializovaná na nervový systém



**Nykturie**..... časté noční močení

**Nystagmus** ..... rytmický kmitavý pohyb očních bulbů

**Parestezie**..... nepříjemné pocity pálení, brnění nebo svědění kůže

**Paréza** ..... částečná ztráta hybnosti

**Polakisurie**..... opakované močení malého množství moče

**Pyramidové dráhy** ..... nervové dráhy vedené z mozku do míchy

**Plaky** ..... sklerotická ložiska

**Prognóza** ..... stanovení průběhu nemoci do budoucna

**Progrese** ..... postup nemoci

**Protein** ..... bílkovina

**Recidiva nemoci** ..... opakování nemoci

**Relaps**..... návrat aktivity nemoci

**Remise**..... přechodné vymizení příznaků nemoci

**Remyelinizace**..... znovuoobnovení myelinových pochev nervových vláken

**RS**..... roztroušená skleróza mozkomíšní

**Regenerace** ..... proces obnovy poškozené tkáně

**Respitní péče** ..... odlehčení pro osoby pečující o postiženého člověka,  
přenechání péče o nemocného jinému člověku

**Reziduum**..... zbytkové množství

**Sepse**..... otrava krve

**Sfinkter** ..... svěrač

**Spasticita** ..... svalová křeč

**Spinální anestezie**..... svodná forma znecitlivění dolní poloviny těla vyplněný  
mozkomíšním mokem

**Substituce** ..... náhrada

**Symptom**..... příznak

**Terapie**..... léčba

**Testosteron** ..... mužský pohlavní hormon

**TVT** ..... zavedení pásky pod močovou trubici

**Tremor** ..... třes

**Vestibulární systém** ..... hlavní část vnitřního ucha

**Vertebrogenní bolest** ..... bolest související s páteří

**Vazoaktivní látky** ..... látky působící na zúžení nebo rozšíření cév

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1      Kurtzkeho stupnice
- Příloha č. 2      McDonalдова diagnostická kritéria
- Příloha č. 3      Barthelův test základních všedních činností (ADL)
- Příloha č. 4      Melzackova škála bolesti
- Příloha č. 5      Riziko vzniku dekubitů
- Příloha č. 6      Škála deprese pro geriatrické nemocné
- Příloha č. 7      Informovaný souhlas nemocného s výzkumem

## Příloha č. 1 Kurtzkeho stupnice

Stupnice má rozpětí 0–10 a šířka každého intervalu je 0,5 bodu. MUDr. Petr Lenský v knize *Roztroušená skleróza mozkomíšní* uvádí následující stupně:

- 0 – bez potíží, neurologický nález normální
- 1 – potíže mírné nebo jen anamnestické, výkonnost intaktní, nepatrné odchylky v neurologickém nálezu
- 2 – potíže jen lehké, výkonnost dotčena minimálně, malý neurologický nález
- 3 – postižení výraznější, hybnost a výkonnost dotčena, pracovní schopnost zachována. Neurologicky vyjádřeny základní příznaky nebo kombinace více lehčích příznaků
- 4 – postižení těžší, hybnost, výkonnost a pracovní schopnost omezeny, normální způsob života možný bez závislosti na pomoci druhé osoby
- 5 – postižení značné, pracovní neschopnost, chůze na kratší vzdálenost (500 metrů) samostatně možná
- 6 – hybnost omezená s pomocí hole, berle, opěrného aparátu, přesuny na krátké vzdálenosti, doma s přidržováním se o předměty, schopnost výkonu drobných prací a) bez pomoci druhé osoby, b) s pomocí druhé osoby
- 7 – hybnost velmi obtížná až nemožná, je závislá na invalidní vozík, přesuny do vozíku a jeho ovládání bez cizí pomoci, základní soběstačnost zachována
- 8 – ležící, závislost na invalidní vozík s cizí pomocí, soběstačnost
- 9 – zcela ležící, nesoběstačný, bezmocný
- 10 – úmrtí v důsledku RS

(Lenský, 1996, s. 46)

## Příloha č. 2

### Mc Donaldova diagnostická kritéria

| <b>klinický obraz</b>  | <b>doplňující údaje</b>   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 2 či více atak</li><li>• 2 či více objektivních známek lézí</li></ul>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• žádné, klinická symptomatika je dostačující</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 2 či více atak</li><li>• 1 objektivní známka léze</li></ul>              | <ul style="list-style-type: none"><li>• diseminace v prostoru na MR mozku, či</li><li>• pozitivní mozkomíšní mok a 2 nebo více lézí na MR mozku kompatibilní s RS, či</li><li>• další klinická ataka z jiného místa</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 ataka</li><li>• 2 či více objektivních známek lézí</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• diseminace v čase na MR mozku, či</li><li>• druhá klinická ataka</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 ataka (monosymptomatická)</li><li>• 1 objektivní známka léze</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• diseminace v prostoru na MR mozku, či</li><li>• pozitivní mozkomíšní mok a 2 nebo více lézí na MR mozku kompatibilních s RS</li></ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• diseminace v čase na MR mozku či</li><li>• další klinická ataka z jiného místa</li></ul>  |

Jeden rok progresu nemoci a dva z následujících bodů:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 atak (primárně progresivní RS)</li><li>• 1 objektivní známka léze</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• pozitivní MR mozku (devět T2 lézí nebo čtyři a více T2 lézí s pozitivními evokovanými potenciály)</li><li>• pozitivní MR míchy (dvě fokální T2 léze)</li><li>• pozitivní lumbální punkce mozkomíšního moku</li></ul> |
|---|--|

### **Příloha č. 3**

#### **Barthelův test základních všedních činností (ADL)**

| <b>Činnost :</b>          | <b>Provedení činnosti:</b> | <b>Bodové skóre:</b> |
|---------------------------|----------------------------|----------------------|
| <b>Najedení, napití</b>   | samostatně bez pomoci      | 10                   |
|                           | s pomocí                   | 05                   |
|                           | neprovede                  | 00                   |
| <b>Oblékání</b>           | samostatně bez pomoci      | 10                   |
|                           | s pomocí                   | 05                   |
| <b>Koupání</b>            | samostatně nebo s pomocí   | 05                   |
|                           | neprovede                  | 00                   |
| <b>Osobní hygiena</b>     | samostatně nebo s pomocí   | 05                   |
|                           | neprovede                  | 00                   |
| <b>Inkontinence moči</b>  | plně kontinentní           | 10                   |
|                           | občas inkontinentní        | 05                   |
|                           | trvale inkontinentní       | 00                   |
| <b>Kontinence stolice</b> | plně kontinentní           | 10                   |
|                           | občas inkontinentní        | 05                   |
|                           | inkontinentní              | 00                   |
| <b>Použití WC</b>         | samostatně bez pomoci      | 10                   |
|                           | s pomocí                   | 05                   |
|                           | neprovede                  | 00                   |
| <b>Přesun lůžko židle</b> | samostatně bez pomoci      | 15                   |

|                          |                         |    |
|--------------------------|-------------------------|----|
|                          | s malou pomocí          | 10 |
|                          | vydrží sedět            | 05 |
|                          | neprovede               | 00 |
| <b>Chůze po rovině</b>   | samostatně nad 50 metrů | 15 |
|                          | s pomocí 50 metrů       | 10 |
|                          | na vozíku 50 metrů      | 05 |
|                          | neprovede               | 00 |
| <b>Chůze po schodech</b> | samostatně bez pomoci   | 10 |
|                          | s pomocí                | 05 |
|                          | neprovede               | 00 |

### **Hodnocení stupně závislosti**

| <b>Hodnocení:</b> | <b>Závislost</b>           | <b>Body</b>   |
|-------------------|----------------------------|---------------|
|                   | Vysoce závislý             | 00 – 40 bodů  |
|                   | Závislost středního stupně | 45 – 60 bodů  |
|                   | Lehká závislost            | 65 – 95 bodů  |
|                   | Nezávislý                  | 96 – 100 bodů |

Zdroj :<http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

## **Příloha č. 4**

### **Melzackova škála bolesti**

#### **Škála pro hodnocení bolesti u dospělých nemocných**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 0 | bez bolesti       |
| 1 | mírná bolest      |
| 2 | nepříjemná bolest |
| 3 | silná bolest      |
| 4 | krutá bolest      |
| 5 | nesnesitelná      |

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>



## Příloha č. 5

### Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové

| Body | Schopnost spolupráce | Věk  | Stav pokožky | Každé další onemocnění dle odpov. stupně | Fyzický stav | Stav vědomí | Aktivita     | Pohyblivost      | Inkontinence  |
|------|----------------------|------|--------------|--|--------------|-------------|--------------|------------------|---------------|
| 4    | úplná                | < 10 | normální     | žádné                                    | dobrý        | dobrý       | chodí        | úplná            | není          |
| 3    | malá                 | < 30 | alergie      | diabetes, teplota, kachexie              | zhoršený     | apatický    | s doprovodem | částečně omezená | občas         |
| 2    | částečná             | < 60 | vlhká        | anémie, ucpávání tepen,                  | špatný       | zmatený     | sedačka      | velmi omezená    | převážně moč  |
| 1    | žádná                | > 60 | suchá        | obezita, karcinom                        | velmi špatný | bezvědomí   | leží         | žádná            | moč + stolice |

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: Trachtová, 2004, s. 65

## **Příloha č. 6**

### **Škála deprese pro geriatrické nemocné**

**Vyberte na každou otázku odpověď „ano“ nebo „ne“**

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?
2. vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?
4. Cítíte se sklíčený a smutný?
5. Máte vesměs dobrou náladu?
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?
7. Cítíte se převážně šťastný?
8. Cítíte se často bezmocný?
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?
10. Myslíte, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?
11. Myslíte, že je krásné být naživu?
12. Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?
13. Cítíte se plný elánu a energie?
14. Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?

Hodnocení:

U otázek 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 za odpověď „ano“ 1 bod

U otázek 1,5,7,11,13 za odpověď „ne“ 1 bod

0 - 5 bodů bez deprese

6 - 10 bodů    mírná deprese

Nad 10 bodů    manifestní deprese vyžadující léčbu odborníka

Zdroj: VOJTĚCHOVSKÝ, Miloš. *Deprese ve stáří – některé novější poznatky a praktické rady*, *Sestra- příloha*, 1999, vol. IX, no.5, p.3, ISSN 1210- 0404.

## Příloha č. 7

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

#### STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

#### VEDOUcí BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je...

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

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

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: