

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Jitka Lehečková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jitka Lehečková

Studijní obor: Všeobecná sestra

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Martina Šellingová

PLZEŇ 2017

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

Prohlášení

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

V Plzni dne 23. 3. 2017

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Martině Šellingové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pacientkám za vstřícnost a ochotu spolupracovat. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za psychickou podporu a trpělivost během mého studia.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Lehečková Jitka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou v domácí péči

Vedoucí práce: Mgr. Martina Šellingová

Počet stran: číslované 89, nečíslované 18

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: domácí péče - edukace - ošetrovatelská péče - rehabilitace - rodina - roztroušená skleróza

Souhrn:

Bakalářské práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s roztroušenou sklerózou v domácí péči.

V teoretické části je zpracován profil nemoci z hlediska její historie, vzniku, klinického obrazu, diagnostiky a léčby. Dále obsahuje specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou a charakteristiku domácí péče, její historii, organizaci, rozsah a možnosti.

V praktické části jsou zpracovány a následně porovnány dvě kazuistiky pacientek s roztroušenou sklerózou, které využívají služby domácí péče.

ANNOTATION

Surname and name: Lehečková Jitka

Department: Nursing and Midwifery assistance

Title of thesis: Nursing care of patient with multiple sclerosis in home health care

Consultant: Mgr. Martina Šellingová

Number of pages: numbered 89, unnumbered 18

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 25

Keywords: education - family - home healthcare - multiple sclerosis - nursing care - rehabilitation

Summary:

This thesis addresses a nursing care of a patient with multiple sclerosis in home health care.

The theoretical part contains the profile of the disease in terms of its history, origin, clinical presentation, diagnosis and treatment. Part also includes specifics of nursing care of patients with multiple sclerosis and characteristic of home healthcare from the view of history, organization, range of care and possibilities.

In the practical part are processed and compared the cases of two patients with multiple sclerosis using services of home health care.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ	13
1.1 Historie nemoci	13
1.2 Prevalence a epidemiologie	14
1.3 Neuroimunologie a patogeneze.....	14
1.4 Rizikové faktory podílející se na vzniku.....	15
1.5 Klinické příznaky	15
1.5.1 Optická neuritida.....	15
1.5.2 Senzitivní poruchy	16
1.5.3 Motorické poruchy.....	16
1.5.4 Mozečkové poruchy.....	16
1.5.5 Poruchy sfinkterů a mikce	17
1.5.6 Trávicí potíže	17
1.5.7 Sexuální dysfunkce	18
1.5.8 Kmenové poruchy.....	18
1.5.9 Únava, psychické a jiné potíže.....	18
1.5.10 Bolest	18
1.6 Formy roztroušené sklerózy.....	19
1.7 Diagnostika	19
1.8 Léčba.....	19
1.8.1 Akutní léčba ataky	20
1.8.2 Dlouhodobá imunomodulační léčba	20
1.8.3 Symptomatická léčba	22
1.9 Fyzioterapie u roztroušené sklerózy	22
1.9.1 Ovlivnění únavy.....	22
1.9.2 Neurorehabilitace	23
1.9.3 Symptomy RS, které lze fyzioterapií ovlivnit.....	23
1.10 Psychologické aspekty u pacientu s RS	25
1.10.1 Filozofický kontext	26
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	28
2.1 Ošetřovatelská anamnéza.....	28
2.2 Fyzikální vyšetření.....	28
2.3 Seběpěče a soběstačnost.....	28
2.4 Stravování a příjem tekutin	29

2.5	Pohyblivost	29
2.6	Vyprazdňování	30
2.7	Spánek.....	30
2.8	Hygiena	30
2.9	Psychologická oblast.....	31
2.10	Sociální oblast	31
2.11	Duchovní oblast	31
3	EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	32
3.1.1	Didaktické zásady edukace	32
3.1.2	Didaktické formy edukace	33
3.1.3	Edukační metody	33
3.1.4	Sestavení edukačního plánu	33
4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	34
4.1.1	Fáze posuzování.....	34
4.1.2	Fáze diagnostiky	34
4.1.3	Fáze plánování	35
4.1.4	Fáze realizace.....	35
4.1.5	Fáze hodnocení	35
5	DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	37
5.1	Historie domácí zdravotní péče.....	37
5.2	Domácí zdravotní péče v České republice.....	37
5.3	Druhy služeb poskytované Domácí zdravotní péčí.....	38
5.4	Rozsah domácí péče.....	38
5.5	Organizace domácí péče	38
5.6	Postup při zajištění home care	39
5.7	Návštěva pacienta	39
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6	OBECNÁ ČÁST.....	40
6.1	Formulace problému	40
6.2	Cíl práce	40
6.2.1	Dílčí cíle.....	40
6.2.2	Operacionalizace pojmů.....	41
6.2.3	Výzkumné otázky	41
6.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	41
6.3.1	Metoda	41
6.3.2	Fáze ošetrovatelského procesu dle Roperové	42

6.3.3	Výběr případu	44
6.3.4	Způsob získávání informací	44
6.4	Organizace výzkumu	44
7	SPECIÁLNÍ ČÁST	45
7.1	Kazuistika č. 1	45
7.2	Ošetrovatelský model podle Nancy Roperové	47
7.3	Fyzikální vyšetření pacientky	51
7.4	Plán ošetrovatelské péče	53
7.4.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy	53
7.4.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy	63
7.4.3	Edukační plán	67
7.5	Kazuistika č. 2	68
7.6	Ošetrovatelský model podle Nancy Roperové	70
7.7	Fyzikální vyšetření pacientky	74
7.8	Plán ošetrovatelské péče	75
7.8.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy	75
7.8.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy	84
7.8.3	Edukační plán	86
	DISKUSE	89
	ZÁVĚR	93
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ	95
	SEZNAM ZKRATEK A CIZÍCH SLOV	97
	SEZNAM PŘÍLOH	100

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s roztroušenou sklerózou, který využívá služby domácí péče. Ze zkušeností víme, že pacientů s roztroušenou sklerózou, kteří využívají služby domácí péče, přibývá. Je to jednak proto, že roztroušená skleróza se převážně léčí ambulantně a v domácím prostředí a jednak proto, že výskyt této nemoci je poměrně častý, a to zejména u lidí v produktivním věku, kteří si chtějí co nejdéle zachovat nejvyšší možnou kvalitu života. V bakalářské práci jsme chtěli roztroušenou sklerózu charakterizovat z hlediska jejích příčin, klinického obrazu, diagnostiky a léčby, teoretické poznatky potom sjednotit a poukázat na závažnost problematiky péče o pacienta s roztroušenou sklerózou a upozornit na důležitost zapojení rodiny do kompletní ošetrovatelské péče v domácím prostředí a nezastupitelný pozitivní vliv rodiny na průběh nemoci a boj pacienta s ní. Rovněž chceme ukázat přínosy a možnosti domácí péče o pacienty s diagnózou roztroušená skleróza, umožnit pohled do problematiky pacientů a jejich specifických ošetrovatelských problémů a potřeb v domácím prostředí a zjistit, co pacientovi s roztroušenou sklerózou nejvíce pomáhá v boji s touto chorobou.

Práce je rozdělena na dvě části - část teoretickou a praktickou. V teoretické části je zaměřena na profil nemoci z hlediska její historie, vzniku, klinického obrazu, diagnostiky a léčby. Dále jsme poukázali na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou a také jsme charakterizovali domácí péči, její historii, organizaci, rozsah a možnosti. Praktická část je pak rozdělena na obecnou a speciální. V obecné části je zahrnuta formulace problému, hlavní a dílčí cíle bakalářské práce, výzkumné otázky, druh výzkumu, výběr metodiky, metoda, výběr případu, způsob získávání informací a organizace výzkumu. Speciální část je zpracována formou dvou kazuistických šetření a představuje jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u cíleně vybraných pacientek s roztroušenou sklerózou využívajících služeb agentury domácí péče. V diskusi jsme se věnovali porovnávání dvou kazuistik. Hodnotíme zde, zda byly splněny cíle práce, odpovídáme na výzkumné otázky. Zaměřujeme se na již dříve publikované poznatky, které bakalářská práce potvrdila, či vyvrátila. Vymežujeme zde specifika péče o pacienty s roztroušenou sklerózou a vliv onemocnění na jejich kvalitu života. Hodnotíme, jak velký vliv na průběh nemoci má fungující rodinné zázemí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ

Roztroušená skleróza (dále také RS) patří ve vyspělých zemích k jedné z nejčastějších příčin progresivní invalidity mladých lidí. Základem nemoci je zánět s autoimunitními mechanismy, který postihuje centrální nervový systém (dále jen CNS). Dochází k poškození myelinu, který obaluje nervové dráhy v CNS, tedy mozku a míchy. Vznikají zánětlivá ložiska, kde kromě myelinu dochází v různé míře i k poškození až ztrátě nervových vláken, což je u RS podstatou trvalé invalidity. RS je v současnosti chronická a nevléčitelná nemoc, která je nejčastěji zjištěna u pacientů mezi 20. a 40. rokem života, ale může se projevit i v dětském nebo starším věku. (Havrdová et al, 2015, s. 11,12)

1.1 Historie nemoci

Jeden z prvních velmi hodnověrných popisů onemocnění nejen s jeho typickými příznaky, ale i postupným rozvojem invalidity skýtá deník Augusta d Este. Augustus zde popisuje, že ve svých dvaadvaceti letech ztratil zrak, který se mu následně plně navrátil. Po čtyřech letech se vše znovu opakovalo, následně ho postihla diplopie (dvojité vidění) a paraparéza (částečné ochrnutí dolních končetin), která se již zcela neupravila. V následujících letech se můžeme dočíst o mnoha osobnostech, které se snažily příznaky, vnímání a boj s nemocí popsat. Patří sem například francouzský malíř Jacques Raverat (1885 - 1925), anglický psychiatr Alexandr Burnfield (1968), který sám onemocněl RS a popisuje vnímání této nemoci nejen jako lékař, ale i jako pacient, nebo Sylvia Lawry (1916-2001), která kolem sebe shromáždila skupinu lidí, jež byla základem organizace, která se začala zabývat poskytováním služeb a edukací pacientů s RS. Další osobností, která pro popis nemoci byla velmi významná, je Jean-Martin Charcot, který se zasloužil o popis klinické trias nemoci (nystagmus-rytmický konjugovaný kmitavý pohyb očních bulbů, dysartrie-porušená artikulace, ataxie-špatná koordinace pohybů). Nesmírným přínosem pro diagnostiku, porozumění vývoje onemocnění i hodnocení léčby RS byl však bezesporu objev magnetické rezonance, která se od roku 1981 stala nenahraditelným prostředkem pro výzkum i rutinní praxi. (Havrdová a kol., 2013, s. 14-20).

1.2 Prevalence a epidemiologie

Prevalence RS v posledních letech výrazně narůstá. Zčásti se na tom podílí i lepší diagnostické metody a větší rozsah vědomostí o nemoci, ale i zvýšený výskyt nemoci v důsledku změny vnějších faktorů, které mohou ovlivnit rozvoj nemoci. Současně se však prodlužuje období dožití pacientů s RS zejména díky lepší zdravotní a ošetrovatelské péči. Epidemiologické studie dokládají i vzestup incidence nemoci, který může souviset se zvýšeným působením některého z vnějších faktorů vzniku RS v důsledku změny chování obyvatel, zejména žen, jejichž podíl se mezi pacienty s RS zvyšuje. (Havrdová a kol., 2013, s. 21,22,34,35)

1.3 Neuroimunologie a patogeneze

Imunitní systém patří mezi tři základní řídicí systémy organismu. Spolu s nervovým a endokrinním systémem mají společný cíl a to zajistit přizpůsobení na životní prostředí a přežití v něm. RS považujeme za onemocnění s autoimunitními rysy. Imunitní buňky, lymfocyty, rozpoznávají molekuly vyskytující se na vlastních strukturách jako cizí a zahajují proti nim útok. U zdravého člověka má imunitní systém jističe, aby k neobvyklým reakcím nedocházelo. Ty však mohou být přítomností rizikových faktorů vyčerpány. Nejvíce prozkoumanými zevními rizikovými faktory, které mohou mít významný vliv na spuštění nemoci, je přítomnost abnormální reakce na EB virus (virus Epstein-Barr), nedostatek vitamínu D a kouření. (Havrdová et al., 2015, s. 13,14)

Na základě mnohých studií byly donedávna jako klíčová součást patogeneze RS považovány T lymfocyty, respektive autoreaktivní T lymfocyty, které rozpoznají imunodominantní části struktur, které se nacházejí v myelinových pochvách nervových vláken. Jejich pohyb řídí chemokiny a jsou stimulovány autoantigenními štěpy, které jsou demonstrovány dendrickými buňkami. Aktivované autoreaktivní T lymfocyty se dostávají do CNS, kde se podílí na poškozujícím zánětu. Podle nejnovějších poznatků však samotná přítomnost autoreaktivních T lymfocytů dostatečně nevysvětluje vznik a vývoj nemoci. Nové studie hovoří o tom, že určující vliv na vznik nemoci mají aktivity vrozené imunity, poškození buněk CNS nebo přispění epigenetických faktorů. Hojným jevem ve vývoji RS je brzká a extenzivní remyelinizace lézí. V průběhu onemocnění však tato reakce vyhasíná. Remyelinizované léze jsou však náchylnější k dalšímu útoku demyelinizace v průběhu nemoci. Demyelinizace samotná nemusí pouze znamenat diagnózu RS. Onemocnění, která se také tímto projevují, jsou například klinicky izolovaný syndrom (CIS), difúzní mozková

skleróza, akutní roztroušená encefalomyelitida (ADEM), demyelinizační polyneuropatie nebo Guillain-Barrého syndrom. Patogeneze RS je velmi intenzivně zkoumána po desetiletí a ještě zbývá mnoho otázek, na které neznáme jednoznačnou odpověď. (Havrdová a kol., 2013, s. 39,46,60,61,82, Henry Knipe and Laughlin Dawes et al.[online], cit. [25. 1. 2017])

1.4 Rizikové faktory podílející se na vzniku

Podezření na významný vliv vnějších faktorů na rozvoj a vznik RS je dlouhodobě diskutováno. Epidemiologické studie dokládají, že výskyt RS se významně liší v různých zemích v souvislosti s rozdílnou zeměpisnou šířkou a jednoznačně ukazují na nárůst incidence nemoci RS, a to zejména u žen. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří již zmíněné virové infekce (EBV), nedostatek vitamínu D a kouření. Nemalý vliv však může mít i výživa, hormonální změny a s hygienou související tzv. hygienická hypotéza. Znalost těchto rizikových faktorů je velmi důležitá jak pro prevenci, protože řada z nich je snadno ovlivnitelná, tak pro klinickou praxi. (Havrdová a kol., 2013, s. 102,114)

1.5 Klinické příznaky

Rozhodující pro typ klinických příznaků je místo, kde se zánět nachází. Pokud je zánětlivé ložisko v průběhu pouze jedné nervové dráhy, hovoříme o monosymptomatické atace. Pokud však zánět zasáhne více drah najednou, vzniká polysymptomatická ataka. Pouze přítomnost některých zánětlivých ložisek nemusí pokaždé vyvolat klinické příznaky. Některé symptomy jsou pro diagnostiku RS typické. (Havrdová a kol., 2013, s. 117)

1.5.1 Optická neuritida

Dochází k zánětu očního nervu, který pacient popisuje jako bolest za očním bulbem při pohybu. Pacienti často uvádějí poruchu zraku, která se projevuje jako mlhavé vidění, výpadek zorného pole nebo změna barvocitu, kdy červená barva jakoby zešedne. Zánět se rozvíjí během několika hodin až dnů, nikdy nenastupuje náhle. Velmi ojediněle může dojít k úplné ztrátě zraku. V počátcích nemoci se tento zánětlivý stav často spontánně upraví bez následků. V průběhu onemocnění se však může několikrát opakovat, pak již může zanechávat výpadky v zorném poli, poruchy barevného vidění i vážné poruchy zraku. (Havrdová et al, 2015, s. 26-29)

1.5.2 Senzitivní poruchy

Bývají často prvními příznaky onemocnění a mnohdy, až už pacientem nebo lékařem, podceňovány. Proto je při diagnostice RS velmi důležitá podrobná anamnéza a je nutné cíleně po senzitivních obtížích pátrat. Dělíme je na poruchy kožní citlivosti, které jsou zpracovávány vědomě, a na poruchy hluboké citlivosti, které vědomě zpracovávány nejsou. Symptomy poruch taktilního čítí můžeme rozdělit na negativní (hypestezie, anestezie) a pozitivní (dysestezie, parestézie, hyperstezie). Významnou část senzitivních poruch tvoří bolest, která se může vyskytovat v epizodách nebo v chronické podobě. Často si pacienti stěžují na pocity obruče nebo sevření pásem kolem trupu, na bolesti končetin, ramen nebo pánve. (Havrdová a kol., 2013, s. 118)

1.5.3 Motorické poruchy

Pokud vzniknou motorické příznaky, znamená to vždy horší prognózu onemocnění než výskyt senzitivních poruch. Pokud nastane postižení hlavní hybné pyramidové dráhy, dojde k centrální spastické paréze, která se projevuje zvýšeným svalovým napětím a pyramidovými iritačními jevy. Popisujeme větší svalové napětí, vyšší únavnost končetiny, bolesti a křeče. Nejčastější motorickou poruchou v pozdějších stádiích nemoci je spastická paraparéze dolních končetin. Zánětlivé ložisko je většinou popisováno v míše. Pacient zpočátku udává sníženou jistotu při chůzi, neschopnost popoběhnout nebo poskočit. Postižení horních končetin bývá na počátku nemoci vzácné, dochází k němu až v pozdním průběhu onemocnění. Začíná jako neobratnost nebo zpomalení pohybu horních končetin. V terminálních stádiích RS dochází k úplné ztrátě hybnosti s následnou imobilizací pacienta, což sebou přináší řadu komplikací ve formě rozvoje dekubitů a svalových kontraktur, což vyžaduje velkou náročnost na ošetrovatelskou péči. Často se může stav komplikovat postižením adduktorových stehenních svalů, které pak překáží obvyklé hygienické péči. (Havrdová et al., 2015, s. 30,31)

1.5.4 Mozečkové poruchy

Dalším nepříznivým prognostickým příznakem je postižení mozečku projevující se zhoršenou koordinací jemných pohybů končetin, jako například ataxie (neschopnost trefit cíl) a mozečkový tzv. intenční třes, který pacienti nepopisují v klidu, ale při přibližování končetiny k cíli. Tyto příznaky pacienty omezují nejen v pracovním výkonu, ale i při běžných činnostech základní sebeobsluhy. Dále mezi poruchy, které souvisejí s postižením mozečku, patří mozečková dysartrie s typickou skandovanou řečí. Pacient při mluvení

slabiky jakoby nasekává, tento projev bývá u pacientů s RS, kteří trpí mozečkovým postižením, velmi častý. Dále se udávají v anamnéze časté pády, které souvisejí s neschopností udržet vzpřímený trup během chůze a kvalitní sed. Pacienti trpí pocitem nejistoty v prostoru tzv. nepravou závratí. Objevení příznaků souvisejících s mozečkovým postižením v začátcích choroby směřuje k rychlejší a značnější invalidizaci pacientů s RS. (Havrdová et al., 2015, s. 32)

1.5.5 Poruchy sfinkterů a mikce

Sfinktery neboli svaly, které ovlivňují vyprazdňování moči a stolice, jsou většinou postiženy v souvislosti hybné poruchy dolních končetin. Zřídka se tyto příznaky mohou vyskytnout na počátku onemocnění. Obtíže mohou začít jako tzv. urgence. Je to pocit pacienta se urgentně vymočit, který nesouvisí s náplní močového měchýře, a může dojít k pomočení. Dále se sfinkterové potíže projevují jako tzv. retence, kdy pacient má pocit neúplného vymočení, kdy skutečně přetrvává náplň močového měchýře, snižuje se jeho jímací schopnost a moč, která v něm zůstává, je potom ideální živnou půdou pro bakteriální infekce. V pozdějších stádiích se potom může rozvinout inkontinence moči. Mezi další problémy, které pacienty s RS mohou postihnout, patří dysurie, polakysurie, strangurie, nykturie a enuréza. (Havrdová et al., 2015, s. 33,34).

1.5.6 Trávicí potíže

V počátcích onemocnění nebývají potíže trávicího traktu v popředí, ale vyvinou se v průběhu onemocnění a pacienty mohou velmi zatěžovat. Patří sem obtíže s polykáním, tzv. dysfagie, která když programuje, může vést až k malnutrici. Zhoršený stav výživy pak negativně působí na pohybové schopnosti, imunitu a kožní trofiku, což při snížené pohyblivosti pacientů může zvyšovat riziko vzniku defektů. Další nepříjemným problémem více než poloviny pacientů s RS je obstipace. Etiologie vzniku zácpy je multifaktoriální. Dochází k motorickému a senzitivnímu postižení kolonu a recta, což vede ke zpomalenému posunu obsahu střev, ochabování análního sfinkteru a snížené citlivosti v anorektální oblasti. Někdy může být střídána s inkontinencí stolice, zde se však v mnoha případech jedná o inkontinenci nepravou, která se vyznačuje obtékáním tekuté složky stolice okolo tuhé výplně recta, tzv. skybaly. Bylo prokázáno, že střevní mikroflóra má také významnou roli u RS a může se zapojit do složitých mechanismů spouštění choroby. (J.Fiedler, 2015, s. 33,34., Výběr aktualit k problematice roztroušené sklerózy 67th AAN annual Meeting, 2015, s.2)

1.5.7 Sexuální dysfunkce

Vzhledem k tomu, že tyto problémy jsou pro pacienty velmi intimní, záleží vždy na přístupu ošetřujícího lékaře, aby se aktivně i v této oblasti snažil pacientovi pomoci. Potíže postihují obě pohlaví. U žen sem patří porucha orgasmu, pokles libida a vzrušivosti a problémy zvlhčení v oblasti genitálu. U mužů pak erektilní dysfunkce, poruchy ejakulace, snížení libida či porucha nebo úplná nepřítomnost orgasmu. (Havrdová, 2013, s. 130)

1.5.8 Kmenové poruchy

Pokud se u pacienta projeví příznaky poruchy mozkového kmene, vypadá to opět pro vývoj nemoci prognosticky nepříznivě. Nejčastěji sem patří okohybné poruchy, obrnlíčního nervu a neuralgie trojklaného nervu. Ta je pak u pacientů s RS 300krát čtenější než u zbytku obyvatelstva. V terminálních stádiích nemoci pak mohou právě kmenové syndromy vést k fatálním poruchám životně důležitých center. (Havrdová et al., 2015 s. 35)

1.5.9 Únava, psychické a jiné potíže

Únava patří mezi nespecifický, ale velmi častý příznak, který pacienti udávají. Může být krátkodobá, přechodná v souvislosti s atakou, nebo může být dlouhodobá a chronická. Na jejím vzniku se podílí mnoho faktorů a příčinu jednoznačně neumíme vysvětlit. Prožívání únavy pak zhoršuje bolest, deprese, poruchy spánku a samozřejmě i užívání některých léků používaných v léčbě RS. Za nejhojnější neuropsychiatrický syndrom RS je pokládána deprese. Příčinou rozvoje deprese může být bezprostřední reakce na vznik a rozvoj choroby, přímo působením chorobného procesu nebo vedlejším efektem farmakoterapie. Do vzniku deprese se zapojuje více faktorů a nejčastěji souvisí se sociálním stresem. Prevalence deprese, ale i úzkostných poruch, bipolární afektivní poruchy suicidálního rizika je mnohem vyšší u pacientů s RS než u zbytku populace. Mnohé studie rovněž potvrzují i zhoršení kognitivních funkcí během trvání nemoci. (Havrdová, 2013, s. 139)

1.5.10 Bolest

Bolest je velmi frustrující příznak, který může celkové prožívání choroby značně zhoršit. Bolest vyvolávají kontraktury, zvýšená spasticita svalů, zhoršující se pohyblivost pacientů a tím i často neměnná poloha a pozice, například na invalidním vozíku. Bolest někdy může způsobovat i porucha citlivosti v určité části těla. Důležitý je pak vhodný management tlášení bolesti a fyzioterapie u pacientů s RS. (Burnfield, 1998, s. 30)

1.6 Formy roztroušené sklerózy

RS je velice variabilní onemocnění. Existuje mnoho forem, od těch úplně bez příznaků až po ty maligní, kdy dojde k rychlé invalidizaci a bezprostřednímu ohrožení života pacienta. Základní formy však popisujeme čtyři.

- **RP forma relaps-reminentní.** Ataky se střídají s obdobím remise. Pacient je v mezidobí bez potíží a často i bez neurologického nálezu.
- **RP forma relabující-progredientní.** Pacient má přetrvávající neurologický deficit, na který nasedá nová ataka.
- **SP forma sekundárně progresivní.** Ataky se vyskytují na počátku onemocnění, postupně vymizí a dochází k pozvolnému zhoršování neurologického nálezu.
- **PP forma primárně progresivní.** Již od počátku onemocnění nedochází k jasným atakám a k zhoršování stavu dochází postupně. (Steinerová, Kővári, 2012, s. 8)

1.7 Diagnostika

V současné době nemáme žádný specifický test, který by jednoznačně prokázal nebo vyvrátil diagnózu RS. Onemocnění stanovujeme s větší či menší pravděpodobností pomocí klinického vyšetření a průběhu nemoci, magnetické rezonance (dále také jen MR), vyšetřením likvoru, oftalmologickým vyšetřením, vyšetřením evokovaných potenciálů a zvláště v anglosaských zemích se provádí ještě urodynamické vyšetření. Diagnózu stanovujeme na základě tzv. McDonaldových kritérií z roku 2010, kde se sdružuje vyšetření klinického stavu s pomocnými vyšetřovacími technikami, kde zásadní úlohu hraje MR. (Seidl, 2015, s. 275)

Pokud pacient prodělá jednu klinickou příhodu, která zcela nenaplnuje kritéria pro roztroušenou sklerózu, mluvíme o klinickém izolovaném syndromu. Tito pacienti jsou ve zvýšeném riziku pro rozvoj roztroušené sklerózy a je u nich doporučováno opakování klinického vyšetření a MRI po 6-12 měsících od příhody pro určení rozvoje roztroušené sklerózy. (Greenberg, Aminoff, Simon, 2012, s. 237)

1.8 Léčba

Roztroušená skleróza patří mezi onemocnění, které neumíme vyléčit. Léčba RS se dělí podle průběhu onemocnění.

1.8.1 Akutní léčba ataky

Akutní ataka neboli relaps je vymezena jako nové nebo znovu se vyskytující příznaky trvající alespoň 24 hodin, a to v nepřítomnosti horečky nebo zánětu. Velmi důležité je zahájit léčbu včas, aby se poškození způsobené ztrátou myelinu a axonů zminimalizovalo. Standardně se nasazuje 3g **methylprednisolonu**, kdy při velmi závažných stavech se dávka až zdvojnásobuje. Kortikoidy se podávají perorálně nebo intravenózně, jelikož biologická dostupnost je téměř stejná v obou formách aplikace. Před zahájením terapie kortikoidy je nutné zjistit, zda pacient netrpí akutní infekcí, vředovou chorobou nebo náchylností k trombotickým stavům. Nežádoucí účinky, které může kortikoidová léčba přinášet, mohou být pocit hořkosti na jazyku, slabost, či naopak agitovanost nebo bušení srdce. Během léčby bráníme poškození trávicího ústrojí podáváním antacid a přidáváme draslík, který se zvýšeně vylučuje. Pokud dojde k velmi těžké atace, která nemá dostatečnou odpověď na léčbu kortikoidy, můžeme přistoupit k sérii plazmaferéz. Před tímto léčebným postupem pacient projde řadou vyšetření a zavede se mu centrální žilní katétr. Plazmaferézu realizujeme ob den a opakujeme 5-7krát. Tento výkon má také své kontraindikace jako například poruchy koagulace, jaterní nebo kardiální insuficience. (Havrdová et al., 2015, s. 53,54).

1.8.2 Dlouhodobá imunomodulační léčba

Cílem této formy terapie RS je snížit množství atak a zpomalit rozvoj nemoci. Zde je velmi důležitá úloha sestry, která může pomoci pacientovi správně pochopit, že léčba je důležitá právě proto, že jde o začátek nemoci a prevenci možných zhoršení. Nežádoucí účinky, které přináší, pomáhá pacientovi zvládat a ujistí ho, že nebude na nemoc sám a že tu bude vždy, když bude třeba řešit nějaké problémy. (Havrdová et al., 2015, str. 55-61)

Léčba první linie

Je to léčba, která je bezpečná, ale ne vždy dostatečně účinná.

Interferon beta (IFNB) je nejčastěji podávaným lékem první volby. Pacientům se podává od roku 1996. Je k dispozici v subkutánní nebo intramuskulární aplikaci. IFNB nespecificky tlumí aktivitu zánětu a zmenšuje množení zánětlivých buněk. U jednotlivých pacientů se účinek IFNB projeví velmi individuálně, a proto jej nelze jednoznačně předpovědět. Sleduje se vývoj neurologického nálezu, počet atak, nárůst nových lézí na MR a podle toho se hodnotí úspěšnost léčby. Mezi nejčastějšími nežádoucími účinky léčby

jsou chřipkové příznaky, proto se v počátku léčby IFNB kombinuje s podáváním paracetamolu nebo ibuprofenu. Dalším nežádoucím účinkem mohou být různé velké lokální reakce po aplikaci především subkutánních injekcí. U pacientů je třeba pravidelně sledovat jaterní testy a krevní obraz. Velmi rozebíraným tématem je deprese, která se vyskytuje asi u 50% pacientů léčených interferonem. Pokud pacient trpí depresí ještě před zahájením léčby, volí se raději léčba glutiramer acetátem. V souvislosti s těhotenstvím se doporučuje vysadit IFNB až při potvrzení gravidity. (Havrdová et al., 2015, s. 55-61)

Glutiramer acetát (GA) je další preparát, který se podává injekční formou. Na rozdíl od IFNB jde o uměle vytvořený antigen, který nutí imunitní buňky k tomu, aby se změnilly na buňky protizánětlivé, které se dostávají do CNS, tlumí zde zánět a ochraňují nervová vlákna. Nežádoucí účinky, které pacienti popisují, jsou chřipkové příznaky, vzácně po aplikaci injekce bušení srdce, zrudnutí, nevolnost nebo úzkost. Tato reakce většinou do 15 minut odezní, ale pacient by měl na její možnost být upozorněn. Tento preparát dle mnoha provedených studií nemá špatný vliv na průběh těhotenství ani na výskyt poškození plodu. (Zpráva ze symposia společnosti Genzyme, 2014, Výběr aktualit k problematice roztroušené sklerózy 67th AAN annual Meeting, 2015)

Teriflunomid (Aubagio) je také lék vhodný pro první linii léčby roztroušené sklerózy. Velkou předností je možnost perorálního podání, rychlý nástup účinku a rychlé vyloučení léku z organismu během 11 dní. Snižuje roční výskyt relapsů, zmírňuje progresi disability i ložisek na magnetické rezonanci. Dlouhodobě je prokázána jeho účinnost a bezpečnost. (Zpráva ze symposia společnosti Genzyme, 2014)

Léčba druhé linie

Nasazuje se, pokud léčba první linie neúčinkuje tak, že vede ke stabilizaci pacienta nebo pokud pacienti mají velmi špatné prognostické projevy. Tato léčba přináší často vyšší efektivitu, ale zároveň musíme více sledovat vedlejší účinky, protože zpravidla je jich při této léčbě více.

Alemtuzumab (Lemtrada) se považuje za novou koncepci terapie roztroušené sklerózy. Je to monoklonální protilátka, která se využívá k léčbě relabující - remitentní formy roztroušené sklerózy. Při podávání dochází k vyvážení imunitního systému snížením počtu cirkulujících lymfocytů B i T a jejich následné repopulace. V klinických studiích u pacientů docházelo k většímu snížení atak, k mírnější disability a snížilo se množství

nových či zvětšujících se ložisek na magnetické rezonanci. Při léčbě tímto preparátem je důležitá spolupráce pacienta, dodržování pravidelných kontrol a odběrů. (Zpráva ze symposia společnosti Genzyme,2014)

1.8.3 Symptomatická léčba

Tato léčba se odvíjí od aktuálních potíží pacienta. Řeší často přítomnou spasticitu, užívá se při poruchách sfinkterů uroinfekce a podobně.(Seidl, 2015, s. 278)

Příznaky nemoci se snažíme ovlivňovat v každém stádiu choroby. Je vždy důležité zvážit podání léků v souvislosti s množstvím, které pacient užívá, aby nežádoucí účinky pacientovi naopak nezhoršovaly kvalitu života a nedocházelo k nežádoucí interakci mezi léky. (Havrdová et al, 2015, s. 76,77)

1.9 Fyzioterapie u roztroušené sklerózy

Fyzioterapie je nedílnou součástí léčby pacientů s RS a je to dlouhodobý a prakticky trvalý proces. Zaměřuje se na úpravu pohybového režimu a na tzv. neurorehabilitaci. Vhodně zvolenou fyzioterapií můžeme ovlivnit nepříjemné projevy choroby. (Řasová, 2007, s. 8-11)

Rehabilitační péče by se měla u pacienta s RS provádět již od určení diagnózy a přiměřený pohybový režim a individuálně zaměřená fyzioterapie by měla být součástí každého dne pacienta v podstatě doživotně. Při léčbě pacienta s RS často využíváme například Vojtovu reflexní lokomoci, která by se měla ideálně aplikovat i několikrát za den, proto je žádoucí zaučít v terapii i rodinné příslušníky. (Fiedlera kol., 2015, s. 41-43)

1.9.1 Ovlivnění únavy

Únava je charakteristickým a velmi nepříjemným příznakem u pacientů s RS, ale neměla by být argumentem pro snížení pohybové aktivity. Často je vyvolaná špatnou psychickou pohodou či depresí a je naopak žádoucí ji překonat. Součástí boje proti únavě je i změna denního režimu, dietních a stravovacích návyků, dostatek tekutin, popřípadě konzultace s lékařem o medikaci, jelikož některé léky mohou mít jako nežádoucí účinek právě únavu. Pacienti s RS by se neměli zátěži vyhýbat, ale ani se přetěžovat. Nedílnou částí jejich života by měl být pravidelný řízený aerobní trénink. Při pravidelném provádění pacient posiluje svaly a adaptuje kardiovaskulární systém, což by mělo vést k snížení unavitelnosti. Aerobní trénink by měl být prováděn v intenzitě, která odpovídá

individuálně naměřené hodnotě 60% maximální spotřeby kyslíku. Vhodnost zátěže zjistíme pomocí spiroergometrického vyšetření na bicyklovém ergometru, kde pacientovi postupně zvyšujeme zátěž až do jeho subjektivního maxima. Z naměřených hodnot je pak určena hodnota srdeční frekvence, která vypovídá o svalovém výkonu 60% maximální spotřeby kyslíku. Během tréninku pak kontrolujeme intenzitu zátěže podle srdeční frekvence zpočátku měřicím zařízením. Po přibližně dvou měsících řízeného pohybového programu je pacient schopný subjektivně posoudit intenzitu zatížení a samostatně si ji regulovat. (Řasová, 2007, s. 8-11)

1.9.2 Neurorehabilitace

Je to aktivní dlouhodobý, v podstatě trvalý proces, který pacientům přispívá k zotavení, k udržení nejlepší fyzické, smyslové, intelektové, psychické a sociální úrovně funkcí. Pomáhá pacientům dosáhnout co nejvyšší úrovně soběstačnosti navzdory omezení, které onemocnění způsobuje. Neurorehabilitace využívá i mezioborovou spolupráci, aby zvýšila prevenci komplikací a celkově zlepšila kvalitu života pacientů s RS. Pracuje se zásadami řízené hybnosti, vědomostmi anatomie a fyziologie, znalostí motorického chování člověka a se znalostí učení. Důležitou a mnohdy zásadní roli pro kvalitní výsledek terapie hraje vztah mezi terapeutem a pacientem. Pacient se učí „triky“ jak tělo i s danou poruchou ovládat, jakým způsobem dávat tělu podněty, aby požadovaná funkce byla provedena co nejkvalitněji. Patří sem motorické obratné učení, adaptivní motorické učení, podmíněně asociativní učení a neasociativní učení. K základním mechanismům, které se v rehabilitaci používají, patří především nastavení výchozí polohy, protažení svalu, využití adaptabilního odporu, kontrola provedení pohybu zrakem a stimulace sluchovými podněty. Neurorehabilitaci lze aplikovat u všech typů a tíží postižení. Pokud po půl roce terapie nedochází k žádnému zlepšení, bohužel u pacienta došlo k úplné denervaci a v takovém případě je neurorehabilitace neúčinná. (Řasová, 2007, s. 14,16,17,22)

1.9.3 Symptomy RS, které lze fyzioterapií ovlivnit

Spasticita

Spasticita neboli hypertonie je vyvolána zvýšením tonických napínacích reflexů. Je závislá na rychlosti a délce pasivního protažení svalu. Fyzioterapeutické postupy, které využíváme k ovlivnění spasticity, jsou například pomalé, setrvalé protahování spastických svalů, polohování v pozicích s protažením, míčkování, setrvalý velkoplošný dotyk nebo

tlakový impuls, vibrace, rychlé střídání recipročních pohybů, zatěžování spastické končetiny, trakce v kloubu, izometrický stah spastického svalu v místě, kde spasticita nejvíce nastupuje, poté uvolnění a pasivní protažení svalu, excentrická kontrakce a další specifické postupy. (Řasová, 2007, s. 32.33)

Bolest

Bolest spouští reflexní mechanismus a vyvolá vědomou tonickou odpověď. K usměrňování bolesti ve fyzioterapii používáme některé fyziologické mechanismy. Patří sem akupresura, masáž, elektroterapie, kožní stimulace nebo dotykové metody a derivační metody iritace pokožky. (Řasová, 2007, s. 35)

Poruchy močení

Při ovlivňování tohoto symptomu je nutné spolupracovat s urologem a léčbu přizpůsobovat aktuálnímu nálezu, který se může velice často vyvíjet a měnit. Je nutné přesně vědět, jaké svaly nutno aktivovat a jaké uvolňovat. Používáme různé techniky k ovlivnění močení, jako například reflexní kontrakce močového měchýře, biofeedback (kontrakce svalů dna pánevního nesouvisející s kontrakcí močového měchýře), manuální kontrola svalové kontrakce, elektrostimulace nervus pudendalis, reedukace svalů pánevního dna a jiné. Je velmi důležitá spolupráce pacienta a vzájemná důvěra mezi pacientem a terapeutem, jelikož se jedná o velmi intimní partie těla. (Řasová, 2007, s. 36)

Třes

U pacientů s RS nejčastěji pozorujeme tzv. intenzní třes. Jde o třes, který se stupňuje v závěru zrakově vedeného cíleného pohybu. Není jednoduché tento nepříjemný symptom ovlivnit, ale není to úplně nemožné. Kladný vliv při ovlivňování třesu má použití závaží, efekt chlazení nebo redukce volně se pohybujících kloubů. Důležité je naučit pacienty, jak třes kompenzovat. Dále se pacientům radí fixovat předmět zrakem před začátkem pohybu a pomalé provádění pohybu. Důležité je také umět ovlivnit stres, protože s vyšší stresu se amplituda třesu zhoršuje. (Řasová, 2007, s. 41)

Dechové dysfunkce

U pacientů s RS se vyskytují již na počátku nemoci, i když nemusí mít klinický projev. Dechová dysfunkce se prohlubuje s dobou trvání nemoci a závažností

neurologického poškození. K ovlivnění těchto funkcí využíváme metody jako například respirační svalový trénink, použití odporu nebo aerobní cvičení. (Řasová, 2007, s.44)

Svalová slabost a ochrnutí

Nejvhodnější je usměrňovat činnost svalů metodami na neurofyziologické bázi. Zlepšením funkce svalů dojde i ke zvýšení svalové síly. Osvědčilo se také tzv. dynamické posilování pro RS se specifickými pravidly. Během terapie by se však neměly svaly přetěžovat. (Řasová, 2007, s. 41)

1.10 Psychologické aspekty u pacientu s RS

Obecně je výskyt depresivních poruch u neurologických pacientů vyšší ve srovnání se zbytkem obyvatelstva přibližně o 30%. Špatný psychický stav může být reakcí na onemocnění, přímým důsledkem chorobného procesu, vedlejším účinkem farmakoterapie nebo samostatným onemocněním, které může nezávisle nasedat na základní chorobu. Proces vyrovnávání s diagnózou a samotné zhoršování zdravotního stavu může doprovázet úzkost, stres, deprese, vztahové i pracovní problémy. Pacient, který trpí psychickou zátěží, není schopen aktivně spolupracovat na rehabilitačním programu, a proto je nutné rozpoznat příznaky před zahájením léčby a pomocí multidisciplinární spolupráce nasadit účinnou terapii. Nejdůležitější místo by zde měli mít psychoterapeuti, ale i fyzioterapeuti a všeobecné sestry, které vytvářejí vhodné místo pro rozhovor, dají dostatek klidu a času k navození vztahu důvěry a mají velké možnosti pozitivně ovlivňovat psychiku pacientů. (Řasová, 2007, s. 46)

Přítomnost chronického onemocnění je pro pacienty faktem, s nímž se musí vyrovnat. Ukázalo se, že je zapotřebí brát zřetel jak na fyzické, tak psychické změny. Zdá se, že nejvýznamnější dopad v psychické kognitivní oblasti má nemoc na sebepojetí pacienta. Pacient se postupně cítí méně úctyhodným a hodnotným člověkem, klesá u něj i osobní úcta a cena. Odborně se toto období života pacienta nazývá jako non-person -nebytí osobností. Často u pacientů dochází k přezkoumání a přehodnocování mnoha stránek dosavadního života. Takovou etapu psychického procesu u pacienta nazýváme strategické přebudování vlastní identity. (Křivohlavý, 2004, s. 131)

Pacient od momentu, kdy mu byla vyřčena diagnóza, prochází několika fázemi, které v dobrém případě vedou k přijetí diagnózy a aktivnímu boji s nemocí. V počáteční fáze šoku je emočně i komunikačně paralyzován, může se chovat zmateně a vzhledem

situaci i nepřiléhavě. Trvá individuálně minuty, hodiny, výjimečně i dny. Následuje fáze popření, bagatelizace a smlouvání. Tato fáze se vyznačuje zlehčováním, až popřením diagnózy, nebo se objevuje pseudopřijetí nemoci, kdy pacient působí navenek tak, že mu nemoc nevadí. Třetí fáze je nejdelší, pro pacienta nejvíce frustrující, ale pro vyrovnání s chorobou nejdůležitější. Je to fáze smutku a deprese, kdy pacient prožívá slabé i hluboké pocity úzkosti, strachu, smutku, beznaděje, nespravedlnosti, sebestředného pozorování se a podobně. Negativní pocity by neměl potlačovat a je vhodné, aby slyšel, že je v pořádku, a dokonce žádoucí své emoce volně projevovat. Tato fáze probíhá týdny až měsíce, pokud dojde k přijetí nemoci, neměla by trvat v řádu let. Poslední fází je smíření. Je to pro pacienta jakési emoční osvobození, jakási očista vlastních myšlenek od vtíravých negativních vjemů a přijetí vlastní nemoci. Avšak v případě progradujících onemocnění je nutné brát zřetel na to, že se tyto fáze mohou opakovat, vracet a tím ovlivňovat kvalitu života pacienta. (Fiedler, J a kol., 2015, s. 54-57)

1.10.1 Filozofický kontext

Pacient i terapeut by měli v přístupu k terapii používat určitý filozofický pohled, ve kterém je důležité naladění organismu, pochopení tělesného schématu, pochopení těla jako celku, a nechápat nemoc jen jako něco negativního. (Řasová, 2007, s. 48-49)

Specifika rehabilitace neurologicky nemocných

U pacientů s neurologickým onemocněním se často střídají pocity naděje a beznaděje. Pacienti se musí vyrovnat s realitou a naučit se znát omezení, která z neurologického poškození plynou, a dávat si takové cíle, které jsou schopni jak v léčbě, tak i v běžném životě splnit. Projevy RS se během postupu nemoci i u jednotlivých pacientů liší, proto je důležité vytvořit vždy individuální, flexibilní a hlavně střízlivé cíle, zaměřené na konkrétní problém. Fyzioterapeut musí neustále měnit priority léčby a kritéria, podle kterých hodnotí úspěšnost terapie dle funkčního zlepšení nebo zlepšení kvality života pacienta. Zde je především důležitá schopnost terapeuta empaticky vnímat pacienta a navázat s ním vzájemný vztah založený na důvěře. (Řasová, 2007, s. 48-51)

Naladění

V léčbě je velmi důležité, aby pacient byl naladěn komplexně na sebe, na terapeuta, na terapii. Lidský pohyb není pouze mechanický, ale je i výsledkem určité myšlenky a emoce. Pokud člověk chce, aby jeho fyzický pohyb byl v pořádku, musí být naladěn i na okolní svět. (Řasová, 2007, s. 48,49)

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

2.1 Ošetřovatelská anamnéza

U pacientů s RS se zaměřujeme na současné potíže. Zajímá nás druh potíží, jak dlouho trvají, zvláštnosti při jejich vzniku a podobně. Osobní anamnéza se orientuje na virová onemocnění, alergie nebo infekce. V rodinné anamnéze nesmíme zapomenout na otázky ohledně výskytu autoimunních onemocnění nebo působení rizikových faktorů. Ze sociálního prostředí nás zajímají bytové podmínky v souvislosti s rozsahem postižení pacienta a samozřejmě vztahy v rodině. (Slezáková, 2014, s. 132)

2.2 Fyzikální vyšetření

Při fyzikální vyšetření hlavy a krku si u pacientů s RS mimo jiné všimáme, jestli netrpí zánětem očního nervu, diplopií, poruchy vízu, nystagmem nebo závratěmi. (Slezáková, 2014, s. 132)

Dále se zaměřujeme na poruchy stability a chůze. Pacienta se vyptáváme, jestli netrpí nepříjemnými senzitivními pocity v dolních či horních končetinách, jako například brnění, mravenčení, pálení či svědění kůže. Velmi důležitá informace z hlediska diagnózy RS je pokles fyzické výkonnosti, pocity slabosti, rychlejší a zvýšená unavitelnost, což může být jedním z prvních příznaků onemocnění. Dále je samozřejmě důležité zjistit, zda pacient netrpí poruchami rovnováhy, nebo v pozdějších stádiích nemoci posoudit tíži motorického omezení. Můžeme popisovat paraparézy dolních končetin lehkého, středního nebo těžkého stupně až paraplegie. U pacientů s RS často chybí břišní reflexy, je pozitivní Babinského reflex, při zkoušce prst-nos mívají často intenzívní tremor. Často je trápí porucha barvocitu nebo výpadek v zorném poli. (Slezáková, 2014, s. 132)

2.3 Sebepéče a soběstačnost

Posouzení sebepéče a soběstačnosti pacienta je základním bodem pro určení priorit a stanovení plánu ošetřovatelské péče. Sebepéče je definována péčí, kterou pacient zvládá samostatně vlastními silami, patří sem činnosti všedního dne, jako například hygiena, oblékání, vyprazdňování, stravování. Soběstačnost pak formuluje míru samostatnosti nebo nezávislosti pacienta při vykonávání těchto denních aktivit. Příznačné pro denní aktivity je, že je člověk provádí pravidelně, automaticky a často je spojuje s určitými rituály. V podstatě aktivity denního života patří mezi základní biologické potřeby člověka a

v Maslowově pyramidě potřeb formují její základnu. Sestra k hodnocení sebepečce a soběstačnosti pacienta používá různé škály a testy. Mezi nejpoužívanější patří Klasifikace funkční úrovně sebepečce podle M. Gordonové, Test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou, nebo Bartelův test základních všedních činností ADL (aktivity daily living) (Trachtová, 2010, s. 19-23)

2.4 Stravování a příjem tekutin

Pacienti s RS často mají poruchu příjmu potravy. Příčiny mohou být nechutenství, které může mít mnoho důvodů, jako například anémie z poruchy resorpce vitamínu B12, kterou pacienti často trpí. Dalším důvodem mohou být potíže s polykáním nebo potíže související s horními končetinami jako parestézie nebo poruchy motoriky. Výživa představuje základní biologickou potřebu člověka a usměrňuje duševní pohodu a zdraví. Podoba stravování má pak značný podíl na celkovém zdravotním stavu pacienta a průběhu jeho onemocnění. Je-li výživa dlouhodobě zanedbávána, může negativně ovlivnit chování a jednání člověka. Při posouzení stavu výživy pacienta sestra používá index BMI (Body Mass Index) a dle patřičných tabulek stanovuje nutriční score. Výživa je významnou součástí léčby RS, přispívá k prevenci obezity, kachexie, osteoporózy a celkově nedostatku některých vitamínů nebo minerálních látek. Strava by měla být kaloricky vyvážená, pestrá, s dostatkem vlákniny a rostlinných tuků. U neurologických nemocí je obzvláště kladen důraz na dostatečný přísun vitamínů skupiny B, C, D a vitamínu E. Z minerálních látek se dbá, aby ve stravě nechyběl hořčík, selen, zinek, mangan, železo, vápník a fluor. Omezit by zas měli pacienti s RS jídlo bohaté na nasycené kyseliny, jako je například tučné maso, smetana, sýr nebo některé ovoce, jako avokádo nebo kokosové ořechy. Doporučuje se také omezit solení, sladké a nekouřit. (Slezáková, 2014, s. 132, Trachtová, 2010, s. 81-83, Lenský, 1996, s. 80-86, Burnfield, 1998, s. 40-42)

2.5 Pohyblivost

Pohyb je biologickou potřebou všech živých tvorů a člověk na rozdíl od zvířat neuspokojování této potřeby často neprožívá nijak dramaticky. Jiné je to však s pohyblivostí, protože ta je podstatou nezávislosti daného jedince na okolí. Schopnost se volně a účelně pohybovat je zásadní vlastností života. Proto problémy s pohyblivostí, kterými pacienti s RS velmi často trpí, jsou pro ně frustrující a mnohdy se stávají příčinou, proč se pacienti sociálně izolují. Objevují se poruchy a nejistota při chůzi, kdy chůze připomíná chůzi opilce, špatná koordinace pohybů nebo třes rukou. V důsledku poruchy

koordinace svalů podílejících se na mluvení, pacienti často mají skandovanou řeč a trpí dysartrií. Dalším nepříjemným příznakem nemoci, která ovlivňuje pohyblivost pacientů s RS, je spasticita, která nejčastěji postihuje horní, dolní končetiny a trup. Je mnohdy spojená s bolestivou křečí nebo trvalou deformující svalovou kontrakcí. (Trachtová, 2010, s. 27-29, Slezáková, 2014, s. 132, Burnfield, 1998, s. 31)

2.6 Vyprazdňování

Pacienti s RS často uvádějí problémy s močením, Je to důsledek poruchy sfinkterů, kdy pacient často močí v malých dávkách, trpí urgentní či celkovou inkontinencí. Někdy je nutno používat inkontinenční pomůcky nebo zavést permanentní močový katétr. Z důvodu snížené hybnosti a slabých břišních svalů je také u pacientů dost často přítomna zácpa. Pacientům je doporučováno zvýšit množství vlákniny ve stravě, pravidelná pohybová aktivita a pravidelný rituál vyprazdňování. Pacientům může být aplikováno klyzma, ale vždy je lepší prevence, proto správná edukace sestry je pro pacienta velkým přínosem. Vždy bychom měli respektovat právo na intimitu, diskrétnost a stud pacienta při vyprazdňování. (Trachtová, 2010, s. 95, Slezáková, 2014, s. 132, Burnfield, 1998, s. 33-34)

2.7 Spánek

Spánek a odpočinek pomáhá zachovávat normální funkci centrálního nervového systému a je ochranným mechanismem proti vyčerpání organismu. Odpočinkem rozumíme nejen neaktivitu, ale i relaxaci bez psychického napětí, uvolnění a odreagování bez úzkosti a strachu. U nemocného člověka potřeba odpočinku a spánku stoupá, protože vyžaduje více energie na zvládnutí denních aktivit i samotné sebepéče. Pacienti s RS často trpí poruchami spánku z důvodu nepříjemných senzitivních pocitů na dolních a horních končetinách, bolesti, křečí nebo špatného psychického stavu. Proto mají problém s usínáním nebo se během spánku často probouzejí. (Trachtová, 2010, s. 69-70, Slezáková, 2014, s. 132)

2.8 Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny je základní biologickou potřebou jak zdravého tak i nemocného člověka. Z biologické stránky napomáhá k čistotě, odstraňuje z těla sekrety, exkrekty, mikroorganismy, chrání člověka před infekce a pečuje o kůži, aby byla v dobrém stavu. Z psychologického pohledu navozuje u člověka pozitivní pocity spokojenosti a napomáhá uvolnění a odpočinku. V neposlední řadě má i svoji sociální stránku, kdy je

předpokladem správných mezilidských vztahů a příjemného prostředí. Pacienti s RS podle stupně postižení potřebují různě velkou pomoc při hygieně. Vždy se snažíme podporovat co největší úroveň soběstačnosti a tím nevyvolávat u pacientů nepříjemné pocity závislosti. U pacientů, u nichž se stupeň imobility s postupem onemocnění zhoršuje, klademe velký důraz na péči o kůži především v predilekčních místech, kde hrozí vznik dekubitů. Z tohoto důvodu je nezbytné dbát na to, aby se poloha pacienta a pozice končetin pravidelně měnila a to nejen na lůžku, ale i na židli či v invalidním vozíku. Vhodné je používat antidekubitální pomůcky, matrace či polohovací lůžka. (Trachtová, 2010, s. 50-61, Slezáková, 2014, s. 132, Burnfield, 1998, s.34-35)

2.9 Psychologická oblast

U pacientů s RS je typické střídání nálad od depresivní až po euforickou. Často mohou trpět neadekvátní reakcí na své onemocnění, kdy nemoc popírají a nechtějí si ji připustit, nebo naopak své nemoci velmi propadají a izolují se od okolí. Při onemocnění roztroušenou sklerózou je velmi zasažena pacientova sebereflexe, sebeúcta, potřeba bezpečí a jistoty. Cítí obavy, strach, stres, úzkost. Všechny tyto negativní pocity podpořeny zvýšenou únavou, která je pro RS typická, a fyzickými problémy souvisejícími s RS, mohou u pacienta způsobovat upadání často až do hluboké deprese.(Trachtová, 2010, s. 141, Slezáková, 2014, s. 132, Burnfield, 1998, s. 35)

2.10 Sociální oblast

V sociální oblasti mohou mít pacienti s RS potíže s komunikací z důvodu dysartrie, kdy špatně artikulují, nebo mluví skandovanou řečí a okolí jim může špatně rozumět. Postupné snižování pracovního výkonu i v běžných aktivitách sociální roli pacientů snižuje a může docházet k postupnému omezování sociální interakce až ke vzniku sociální izolace. V některých případech nedostatek vědomostí o svém onemocnění může pacienta daleko víc frustrovat než je adekvátní k jeho momentálnímu stavu, proto dostatečná a pravdivá informovanost je velmi důležitá. (Slezáková, 2014, s. 132-133)

2.11 Duchovní oblast

Nesmíme zapomínat ani na kulturní a spirituální potřeby, které mohou díky onemocnění být v různém rozměru narušeny. Je důležité, aby pacient měl možnost naplňovat své potřeby v této oblasti. (Slezáková, 2014, s. 133)

3 EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Edukace je proces, který lze vymezit jako soustavné usměrňování chování a počinání pacienta za účelem vyvolat kladné změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Formou edukace pacienta vzděláváme a vychováváme. Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační (prohlubující, nápravnou) a komplexní. Edukace v ošetrovatelské praxi se zpravidla dělí na pět fází:

- **Fáze počáteční pedagogické diagnostiky**, kde se sestra snaží zjistit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů pacienta. Rozpoznává formou pozorování a rozhovoru edukační potřeby pacienta, které jsou důležité pro vytvoření budoucích edukačních cílů.
- **Fáze plánování**, kde sestra stanoví edukační cíle (krátkodobé, dlouhodobé, nižší i vyšší), zvolí metodu, formu, obsah edukace, pomůcky, časovou dotaci a způsob provedení edukace.
- **Fáze realizace**, která se skládá z motivace pacienta a zprostředkování nových poznatků pacientovi. Pacient by se v této fázi měl aktivně zapojovat. Následně by měla navazovat fixace daných poznatků, kde je důležité nové vědomosti a dovednosti procvičovat. Sestra by měla průběžnou diagnostikou ověřovat a testovat, zda pacient vše správně pochopil a má zájem o danou edukaci. Posledním krokem této fáze je aplikace. Účel aplikace spočívá ve zjištění, zda pacient získané poznatky dokáže použít v praxi samostatně.
- **Fáze upevnění a prohlubování učiva** je jedním z nebytných kroků, aby si pacient získané vědomosti a dovednosti uchoval v dlouhodobém horizontu. V ošetrovatelské praxi je tato fáze často opomíjena, proto je nutné vše naučené systematicky opakovat a procvičovat.
- **Fáze zpětné vazby**, kde získáváme hodnocení nejen výsledků pacienta, ale i sestry edukantky.

Jednotlivé fáze edukace by měli probíhat současně s fázemi ošetrovatelského procesu. (Juřeníková, 2010, s. 21,22)

3.1.1 Didaktické zásady edukace

Zásady edukace by měli účinkovat v edukačním procesu ve vzájemném souladu, aby jedna zásada nebyla upřednostňována nebo naopak jiná vyjmuta. Mezi nejvíce

používané zásady u dospělých pacientů patří zásada názornosti, zásada spojení teorie s praxí, zásada vědeckosti, přiměřenosti, aktuálnosti, feedback (zásada zpětné vazby), zásada uvědomělosti a aktivity, zásada individuálního přístupu, zásada soustavnosti, trvalosti a také zásada kulturního kontextu. (Juřeníková, 2010, s. 31,33)

3.1.2 Didaktické formy edukace

Formu edukace můžeme vymezit jako soubor všech organizačních postupů a řádu vzdělávání při uskutečnění určitého vzdělávacího procesu. Podle toho můžeme edukaci rozdělit na individuální, skupinovou nebo hromadnou. Dále pak záleží na časovém rozložení edukace, na prostředí, kde probíhá, nebo na vzájemném vztahu edukanta a edukujícího. (Juřeníková, 2010, s. 33-36)

3.1.3 Edukační metody

Mezi nejčastěji používané metody patří přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze a konzultace. (Juřeníková, 2010, s. 37)

3.1.4 Sestavení edukačního plánu

Edukační plán by měl být v písemné podobě součástí dokumentace pacienta a měl by být sestaven ve spolupráci s pacientem, což zvýší motivaci pacienta a zkvalitní edukační proces. (Juřeníková, 2010, s. 52)

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

4.1.1 Fáze posuzování

Obsahem této fáze je shromažďování objektivních i subjektivních údajů o pacientovi i jeho reakce na zdravotní těžkosti s ohledem na potřebu ošetřovatelské péče. Patří sem informace získané z ošetřovatelské anamnézy, z fyzikálního vyšetření, včetně odlišností od normy orientované na nervový systém, laboratorní výsledky, údaje z diagnostických vyšetření a jiné zápisy a informace o pacientově zdravotním stavu. Hlavní metody, které používáme, jsou pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření. Dále doplňujeme informace získané pomocí posuzovacích a hodnotících škál a stupnic. Abychom potřebné údaje získávali systematicky, používáme rámec posuzování podle různých ošetřovatelských modelů. V ošetřovatelské anamnéze nesmí chybět identifikační údaje, hlavní potíže, anamnéza nynějšího i předcházejícího onemocnění, rodinná anamnéza, informace o životním stylu pacienta, sociální údaje, psychologické i spirituální informace. Ve fyzikálním vyšetření se mimo jiné zaměřujeme u neurologického pacienta na úroveň vědomí, duševní stav, hlavové nervy, reflexy, motorické a senzorické funkce. (Slezáková, 2014, s. 11-16)

4.1.2 Fáze diagnostiky

Výsledkem této fáze ošetřovatelského procesu je pojmenování diagnostického závěru neboli ošetřovatelské diagnózy. Sestra po pečlivém posouzení stavu pacienta všechny získané informace analyzuje a vytvoří ošetřovatelské diagnózy, které zahrnují pouze takové stavy, které patří do kompetence sestry. Používáme uznávaný klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA, který se stále aktualizuje a jednou za tři roky doplňuje. Podle typu rozdělujeme ošetřovatelské diagnózy na:

- Aktuální ošetřovatelská diagnóza** - vystihuje aktuální změny zdravotního stavu na podkladě subjektivních a objektivních příznaků. Formulace je trojsložková, vyjadřující problém, příčinu a příznak.
- Potencionální ošetřovatelská diagnóza** - vystihuje rizika a problémy, které se u pacienta mohou manifestovat. Diagnóza se formuluje jako dvousložková, vyjadřující problém a příčinu.
- Syndromová ošetřovatelská diagnóza** - charakterizuje soubor aktuálních a potencionálních ošetřovatelských diagnóz a zapisuje se názvem syndrom.

- **Ošetřovatelská diagnóza na podporu zdraví** – vystihuje snahu sestry, která pátrá po nedostatcích v péči o zdraví pacienta, upevňuje ho a zároveň motivuje pacienta k zvýšení subjektivní vyrovnanosti. Zaznamenává se jako trojsložková. Můžeme se setkat i s názvem well-ness diagnóza. (Slezáková, 2014, s. 17,18)

4.1.3 Fáze plánování

V této fázi si sestra stanoví priority, formuluje cíle a výsledná kritéria pro pacienta a naplánuje ošetřovatelské intervence a konzultace. Ošetřovatelské diagnózy seřadí podle důležitosti od nejvyšší priority po tu nejnižší, kdy nejvyšší prioritu mají problémy ohrožující život. Cíl se vyvozuje od první části ošetřovatelské diagnózy, blíže se upřesňuje, specifikuje a je žádoucím výsledkem k navrácení, udržení či utužení zdraví pacienta. Ke každému cíli je potřeba vytvořit nejméně 3-6 výsledných kritérií. To jsou očekávané výsledky, kterých chceme vhodně naplánovanými ošetřovatelskými intervencemi dosáhnout. Intervence jsou aktivity, činnosti a zákroky, které jsou individualizované a nasměřované na řešení skutečných problémů při uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních požadavků pacienta. (Slezáková, 2014, s. 18,19)

4.1.4 Fáze realizace

Realizace obsahuje vykonávání naplánovaných ošetřovatelských činností. Při této fázi se opakovaně intervence hodnotí a vše se zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Dále sestra poskytuje i činnosti, které souvisí s rolí sestry, jako je poradenství, podpora, edukace pacienta, obhajování jeho práva a jiné. (Slezáková, 2014, s. 20)

4.1.5 Fáze hodnocení

Poslední fáze ošetřovatelského procesu se zaměřuje na výsledky ošetřovatelské péče na podkladě dosažených změn v oblasti zdravotního stavu pacienta, jeho blaha a uspokojení potřeb. Sestra vymezuje, zda byly naplněny cíle určené v ošetřovatelském plánu, porovnává s očekávanými výsledky a přesně se vyslovuje k dosažení cíle. Jsou tři možné varianty hodnocení cíle:

- Cíl byl splněn, kdy je možno ošetřovatelské intervence ukončit.
- Cíl byl splněn částečně, kdy pokračujeme v naplánovaných intervencích, popřípadě je doplníme o jiné účinnější.

- Cíl nebyl splněn, kdy sestra ošetrovatelský plán přehodnocuje, obměňuje a doporučuje jiné ošetrovatelské intervence.

Sestra v poslední fázi posuzuje i kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a celkový zdravotní stav pacienta za celé období aplikace ošetrovatelského procesu. (Slezáková, 2014, s. 20)

5 DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

5.1 Historie domácí zdravotní péče

Z historického pohledu je domácí péče velmi úzce spojená s primární péčí nebo dobrovolnickými či církevními institucemi. Domácí péče nemá v Evropě shodný vývoj. Odvíjí se především od vytvoření komplexního systému zdravotní a sociální péče dané země, s kterým je vývoj domácí a sociální péče velice úzce spjat. V průběhu dvacátého století se nemocnice staly převládající formou zabezpečení zdravotní péče rozlehlému spektru obyvatelstva a až v šedesátých letech docházelo k prvním pokusům snižovat dlouhodobé hospitalizace seniorů a dětí. Domácí péče byla brána jako alternativní nebo náhradní poskytování zdravotní péče proti hospitalizaci jako takové. Teprve poté došlo k ocenění důležitosti rodinné péče o pacienta. Celý proces se v různých zemích Evropy rozvíjel jinak dlouho, u nás došlo k rozvoji domácí zdravotní péče až po roce 1990. Domácí péče patří mezi velmi tradiční formy zdravotní péče, což vychází již z velmi dávné historie, kdy se o nemocné starali pouze doma. (Historie domácí péče.,[online].[cit. 8. 7. 2016])

V jednotlivých státech Evropy se poskytování domácí péče liší jak v metodice, tak v opatřeních, která se domácí péče týkají. Jednotlivé státy Evropy používají jiné formy financování, ale i poskytování samotné domácí péče. Rozdílná je i organizace zajištění služeb domácí péče a míra odpovědnosti, která je buď na úrovni komunální, regionální či národní. (Historie domácí péče, [online].[, [cit. 8. 7. 2016])

5.2 Domácí zdravotní péče v České republice

Domácí zdravotní péče (dále také home care) zahrnuje škálu zdravotních činností, které jsou prováděny v pohodlí domácího prostředí pacienta. Služby především využívají pacienti dlouhodobě nemocní, s chronickým onemocněním, s různým stupněm postižení či invalidity, senioři, ale i pacienti po akutních operacích a v rekonvalescenci. Profesionální domácí péče poskytuje nejen základní ošetrovatelskou péči, ale i například péči fyzioterapeuta, ergoterapeuta nebo logopedická cvičení. Poskytování domácí péče není nijak limitováno věkem. (Domácí zdravotní péče.[online].[citováno 8. 7. 2016].

5.3 Druhy služeb poskytované Domácí zdravotní péčí

Rozsah a druh domácí péče vždy určuje ošetřující lékař pacienta a můžeme ji podle toho rozdělit:

Základní zdravotní péče - zahrnuje prevenci a léčbu dekubitů, příjem tekutin a stravy, zábaly, obklady a podobně.

Odborná zdravotní péče - patří sem sledování vitálních funkcí, odběr biologického materiálu, podávání farmakoterapie, aplikace injekcí, infuzí, převazy a ošetřování chronických ran, zavádění sond a katétrů, rehabilitační péče, kondiční cvičení, edukace pacienta a jiné.

Specializovaná zdravotní péče - zde se poskytuje péče o pacienty na ventilátorech, podávání enterální výživy, péče o umírající. (Domácí zdravotní péče.[online].[citováno 8. 7. 2016])

5.4 Rozsah domácí péče

O rozsahu a frekvenci domácí péče rozhoduje vždy ošetřující lékař a je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Výkony musí být ordinovány ošetřujícím lékařem a mít charakter zdravotní péče. Jedná se o odborné výkony, které jsou uvedeny v „Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami“ a musí být realizovány kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky s platnou registrací, která umožňuje výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu. (Asociace domácí péče, [online].[cit. 20. 7. 2016])

5.5 Organizace domácí péče

Agentury domácí péče (ADP) si mohou zřídit orgány státní správy, privátní sestry i lékaři, ambulantní i lůžková zdravotnická zařízení, charitativní, ale i jiné subjekty. Organizace, která se rozhodne poskytovat domácí péči, se musí registrovat u pověřeného orgánu státní správy. Většina ADP je pak sdružena v Asociaci domácí péče České republiky, která v souladu se zněním platných stanov nařizuje svým řádným členům řadu podmínek, které zaručují kvalitu poskytované komplexní domácí zdravotní péče. Dále ukládá povinnost se v pravidelných cyklech účastnit vzdělávacích akcí, za které získají poskytovatelé domácí péče body, kterých během dvou let musí nasbírat přesně stanovený počet a tak získat Certifikát kvality. (Organizace domácí péče. [online].[cit. 20. 7. 2016].

5.6 Postup při zajištění home care

Ošetřující lékař zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta a stav jeho vlastního sociálního prostředí a ve spolupráci s vybranou agenturou stanoví rozsah zdravotní péče a vystaví pro pacienta poukaz na odbornost 925 – domácí zdravotní péče na tiskopisu 06 s pořadovým číslem 1. Do poukazu jsou zaznamenány zdravotní údaje o pacientovi, stupeň mobility, další náležitosti a je zde uveden příslušný typ návštěvy. Jednotlivé typy návštěv jsou podle času rozděleny na 15, 30, 45 a 60 minut. Frekvence návštěv je maximálně 3x denně. Nově se pak může péče o pacienty v terminálním stádiu ještě rozšířit. Ošetřující lékař si dohodne s agenturou domácí péče interval, kdy bude agentura lékaře informovat o vývoji zdravotního stavu formou souhrnné písemné zprávy. Platnost určení způsobu léčení v domácí péči uvedené na tiskopisu 06 je u praktických lékařů maximálně tři měsíce. V případě, že se lékař rozhodne pokračovat v poskytování domácí péče, vypíše další poukaz 06 s pořadovým číslem 2, 3, 4,... a péče může být poskytována měsíce i roky. Domácí péči může indikovat i ošetřující lékař v nemocnici, který pacienta propouští po hospitalizaci či jednodenním operačním výkonu, ale maximální platnost poukazu takto indikovaného je pouze 14 dní. Agentura s ošetřujícím či praktickým lékařem úzce spolupracuje a informuje ho o všech změnách na celkovém zdravotním stavu pacienta, aby nedošlo k zanedbání povinné péče. (Postup při zajištění domácí péče.[online].[cit. 20. 7. 2016].

5.7 Návštěva pacienta

Po indikaci domácí péče ošetřujícím lékařem navštíví pacienta vrchní sestra agentury domácí péče. Provádí s pacientem vstupní rozhovor, sběr ošetřovatelské anamnézy, základní fyzikální vyšetření pacienta a zhodnotí stav vlastního sociálního prostředí. Na základě všech shromážděných informací vytvoří plán ošetřovatelské péče. S pacientem si domluví harmonogram odborné i základní péče, seznámí ho s rozsahem a frekvencí výkonů, které budou v režii agentury domácí péče. Pokud nevyhovuje sociální prostředí, navrhne ve spolupráci s rodinou vhodné úpravy. Pacient dostane všechny důležité telefonické kontakty a domácí zdravotní péče je zahájena. (Návštěva pacienta [online].[cit. 8. 7. 2016])

PRAKTICKÁ ČÁST

6 OBECNÁ ČÁST

6.1 Formulace problému

Problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s roztroušenou sklerózou v domácí péči jsme si pro svoji bakalářskou práci vybrali jednak proto, že výskyt této nemoci je poměrně častý, a to zejména u lidí v produktivním věku, a jednak proto, že lékařská a ošetrovatelská péče o tyto pacienty v současnosti probíhá převážně ambulantně a v domácím prostředí pacienta. Roztroušená skleróza patří mezi nevléčitelné nemoci, které pacienty postupně invalidizují. Komplexní ošetrovatelskou péčí zaměřenou na individuální potřeby pacienta v domácím prostředí můžeme pacientům zkvalitnit život a pomoci se vyrovnat s touto těžkou chorobou. Velký důraz přitom není kladen pouze na ošetrovatelský tým agentury domácí péče, složený ze všeobecných sester a fyzioterapeutů, ale také na spolupráci a edukaci rodiny pacienta. Zdravé rodinné prostředí je pro pacienty trpící roztroušenou sklerózou obzvlášť důležité. Všechny tyto skutečnosti nás přivedli k nutnosti položit si otázku: „Jak důležité je zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta s RS v domácím prostředí?“

6.2 Cíl práce

Poukázat na důležitost zapojení rodiny do kompletní ošetrovatelské péče o pacienty s RS v domácím prostředí a nezastupitelný pozitivní vliv rodiny na průběh nemoci a boj pacienta s ní.

6.2.1 Dílčí cíle

1. Ukázat přínosy a možnosti domácí péče o pacienty s diagnózou roztroušená skleróza
2. Umožnit pohled do problematiky pacientů s roztroušenou sklerózou a jejich specifických ošetrovatelských problémů a potřeb v domácím prostředí.
3. Zjistit, co pacientovi s RS nejvíce pomáhá v boji s touto chorobou.
4. Vytvořit dvě kazuistiky patientek s RS a vzájemně je mezi sebou porovnat.
5. Ve spolupráci s fyzioterapeutem vytvořit léčebnou rehabilitační jednotku, individuálně zaměřenou na potíže dané pacientky.

6. Vytvořit podklad pro vypracování standardního plánu komplexní ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou pro agenturu domácí péče Soukromá ošetrovatelská péče Plzeň.

6.2.2 Operacionalizace pojmů

Roztroušená skleróza = autoimunní demyelinizační onemocnění, které vede k postupné invalidizaci pacienta

6.2.3 Výzkumné otázky

1. Je aktivní a pozitivní přístup rodiny v péči o pacienty s RS v domácím prostředí zásadní?
2. Má kvalitní domácí péče přínos pro pacienty s RS?
3. Je schopna agentura domácí péče zcela zastoupit roli rodiny v péči o pacienta s RS?
4. Jaké bio-psycho-sociální potřeby má pacient s RS?

6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro svou praktickou část bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní výzkum, který se bude skládat z kazuistického šetření a vytvoření ošetrovatelského plánu u dvou pacientek s onemocněním roztroušená skleróza, které jsou klientkami agentury domácí péče. Využili jsme koncepčního ošetrovatelského modelu Nancy Roperové - model vycházející ze životních aktivit pacienta. Tento model je vhodný pro pacienty s RS, protože hlavním cílem je zachovat co nejvíce možnou nezávislost a soběstačnost pacienta.

6.3.1 Metoda

V praktické části bakalářské práce vytvoříme pomocí anamnézy, dat a informací získaných od dvou pacientek a jejich zdravotní a ošetrovatelské dokumentace, ošetrovatelský proces podle modelu Nancy Roperové.

Nancy Roperová studovala na Leeds General Infirmary, kde získala ošetrovatelské vzdělání. Působila jako vedoucí lektorka na Cumberland Infirmary School of Nursing, Scottish Home and Health Department. Při tvoření modelu spolupracovala s Winifred Logan a Alison Tierney. Svůj model poprvé představila v roce 1976 a charakterizovala v něm základní aktivity společné všem lidem, které se projevují prostřednictvím typů chování. (Pavlíková, 2006, s. 60,61)

Model, který jsme zvolili pro svůj výzkum, vychází ze životních aktivit pacienta. Nancy Roperová ve svém modelu využívá znalosti z humanistické filozofie, psychologie, fyziologie, práce A. Maslowa o lidských potřebách a teorie V. Henderson o základní ošetrovatelské péči. Původně ve svém modelu označila 16 aktivit denního života, které rozčlenila na základní aktivity, nezbytné pro zachování života, a na aktivity, prospěšné ke zlepšení kvality života. Svůj soubor však postupně zrevidovala na 12 životních aktivit. (Alexandra Archalousová, 2003, s. 64)

12 životních aktivit dle Nancy Roperové:

Udržení bezpečného okolí

Komunikace

Dýchání

Jídlo a pití

Vylučování

Osobní hygiena a oblékání

Kontrola tělesné teploty

Pohyb

Práce a hry

Projevy sexuality

Spánek

Umírání

Nancy Roperová také ve svém modelu popisuje faktory, které způsobují omezení v aktivitách každodenního života pacientů. Patří sem fyzická neschopnost vyvolaná věkem, úrazem, nemocí a psychosociální neschopnost, způsobená neschopností pacienta komunikovat. Dalšími faktory podílejícími se na aktivitách pacienta jsou sociálně kulturní zkušenosti. Sem řadíme zvyky, návyky a jejich dodržování či znalost, migrace a jiné. Bezesporu se na ovlivňování každodenních aktivit člověka podílí životní prostředí, politické a ekonomické problémy, jako například znečištění životního prostředí nebo nezaměstnanost. (Archalousová, 2003, s. 65)

6.3.2 Fáze ošetrovatelského procesu dle Roperové

1. **Sběr a třídění informací** – Nancy Roperová navrhuje, aby životní aktivity byly pokládány za základ pro posouzení potřeb a problémů pacienta. Sestra společně

s pacientem probírá postupně všechny životní aktivity, srovnává kvalitu životních aktivit a chování pacienta před nemocí a vyvozuje z toho problémy, které budou potřebovat ošetrovatelskou intervenci. Důležité je navázat s pacientem vztah, zakládající se na pocitu vzájemné důvěry, informace shromažďovat kontinuálně a zachycovat průběžně měnící se problémy pacienta.

2. **Stanovení cílů a plánu ošetrovatelské péče** – Pokud sestra získá dostatečné informace, zhodnotí stav pacienta, stanoví konkrétní i potencionální problémy, pak může vytvořit cíle ošetrovatelské péče. Roperová doporučuje vytvořit takové cíle, o jejichž dosažení bude usilovat nejen sestra, ale především pacient. Sestra musí respektovat faktor prostředí, vybavení, kvalitu a dostupnost personálu.
3. **Realizace ošetrovatelské péče** – V této fázi ošetrovatelského procesu sestra své ošetrovatelské intervence zaměřuje na činnosti, které souvisí s životními aktivitami, ve kterých má pacient těžkosti. Praktické provedení jednotlivých ošetrovatelských zásahů může mít formu prevence, posilování kladného sebepojetí, povzbuzení či návrhů změny chování pacienta. Sestra může vhodnými intervencemi posilovat mobilitu pacienta nebo naopak zajistit potřebný odpočinek, může se snažit o zkvalitnění účinné komunikace, umožnit pacientovi se lépe vyjádřit, zmenšit jeho závislost, hledat jiná řešení a docílit, aby pacient převzal plnější odpovědnost za sebek péči.
4. **Hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče** – Podle Nancy Roperové se již ve fázi plánování a stanovení cílů počítá s tím, že kontinuální hodnocení chování pacienta je důležitým kritériem úspěšnosti ošetrovatelského procesu. U každé životní aktivity se porovnává a hodnotí skutečný stav s tím, co bylo naplánováno. Pokud nebylo dosaženo patřičného efektu, musí sestra společně s pacientem znovu zhodnotit daný problém a nabídnout takovou ošetrovatelskou intervenci, která by směřovala k uskutečnění očekávaného cíle.
5. **Koncepční model ošetrovatelské péče** – Model Nancy Roperové je hojně využíván a rozšířen v řadě zdravotnických zařízení a to především ve Velké Británii. Výsledkem správného využití tohoto modelu by mělo být zkvalitnění lidského života pacientů na základě rozvoje jejich životních aktivit. (Archalousová, 2003, s.64,65, 66)

6.3.3 Výběr případu

Výběr případu byl záměrný, jelikož jsme si pro svůj výzkum cíleně vybrali dvě pacientky, které využívají služeb domácí péče, mají diagnostikovanou roztroušenou sklerózu již mnoho let a žijí společně s rodinou. Pacientky souhlasily s výzkumem a podepsaly informovaný souhlas, který dokládám v příloze bakalářské práce. Zajímalo nás porovnání obou pacientek v přístupu k nemoci, vyrovnávání se se specifickými problémy, které nemoc přináší i kvalita rodinných a mezilidských vztahů, které mají bezesporu velký vliv na průběh nemoci. Dále jsme se zaměřili na způsob, do jaké míry jsou pacientky a jejich rodiny ochotny spolupracovat se zdravotnickými pracovníky domácí péče a jaký přínos jim kvalitní domácí péče poskytuje.

6.3.4 Způsob získávání informací

Informace a sběr dat jsme získávali formou opakovaných polostrukturovaných rozhovorů s pacientkami, rodinou i zdravotnickými a sociálními pracovníky pečující o pacientky, při kterých jsem se snažila zaznamenávat i jejich pocity a vnímání. Při rozhovorech jsme kladli důraz na to, aby pacientky nebyly unavené, chtěly spolupracovat, v případě, kdy jim otázky byly nepříjemné, nebo již nechtěly pokračovat, rozhovor jsme ukončili. Rozhovory trvaly 30 až 45 minut. Odpovědi jsme si zapisovali. Další důležité informace jsme vytěžili ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientek. Shromážděné informace jsme analyzovali a následně použili k vytvoření nejvhodnějších ošetrovatelských a edukačních plánů se zaměřením na specifické problémy dané pacientky a její rodiny v domácím prostředí. K hodnocení aktuálního stavu, míry soběstačnosti, sebedpěče, rizik a bolesti jsme použili řadu škál k tomu určených.

6.4 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v domácím prostředí pacientek, které využívají služeb agentury domácí péče Soukromá ošetrovatelská péče Plzeň v období říjen 2016 až leden 2017.

7 SPECIÁLNÍ ČÁST

7.1 Kazuistika č. 1

Pohlaví: žena

Rok narození: 1968

Datum příjmu do ADP: 15. 6. 2012

Zaměstnání: v invalidním důchodu

Alergie: kočičí a koňská srst

Kouření: 0

Alkohol: víno, příležitostně

48letá pacientka své první příznaky nemoci datuje již do dětství. Kolem dvanácti let pocítovala časté svědění dolních končetin, opakované bolesti bederní páteře a hlavně zastavení výkonnosti, jelikož závodně plavala. Pamatuje si, že ji trenér z plavání z legrace zezadu nazdvihl, ona díky slabosti v DK upadla na záda a od té doby ji velmi často a opakovaně bolela LS páteř. Podstoupila tehdy několikrát RTG - vyšetření s normálním nálezem. Závodní sport zanechala a začala jezdit na koni. Potíže se zády se upravily. Specifické příznaky RS pacientka pozorovala až v roce 1992 v těhotenství, kdy začala zakopávat, trpěla slabostí DK, občasnými pády, únavou, pocitem nejistoty. Příznakům však nevěnovala pozornost a lékařskou pomoc nevyhledala. V roce 1995, ve svých 27 letech, jí byla na neurologickém oddělení FN Plzeň diagnostikována sekundárně progresivní forma roztroušené sklerózy. Mobilita se postupně horšila, nejprve používala vycházkovou hůl, později dvě francouzské hole a po pádu v roce 2010, kdy si zlomila krček kosti stehenní LDK, zůstala na invalidním vozíku. Pacientka je členem sdružení ROSKA, dříve jezdila na rekondiční pobyty na Srní, cvičila jógu, nyní jezdí 1 x za rok na rehabilitační pobyt do Domova svatého Josefa v Žírči, kde stráví minimálně měsíc. Cvičí pětkrát týdně. Vyzkoušela i způsoby alternativní léčby – konopím, včelími žihadly, užívá dodnes bylinné čaje a homeopatickou léčbu. Do loňského roku jezdila se synem pravidelně 1 x za půl roku k Dr. Řasové do Prahy, která se věnuje speciální metodice cvičení pro roztroušenou sklerózu.

Osobní anamnéza:

V dětství vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci. Alergie udává na kočičí a koňskou srst, nekouří, alkohol pije příležitostně. V roce 2010 fraktura krčku kosti stehenní LDK způsobená pádem, řešena TEP (totální endoprotéza kloubu). V roce 2015 kompresivní fraktura těla L4, rovněž způsobená pádem.

Rodinná anamnéza:

Pacientka je vdaná, jeden syn 25 let. Otec zemřel na infarkt v šedesáti letech, matka žije, léčí se se štítnou žlázou a vysokým tlakem, v roce 2014 prodělala cévní mozkovou příhodu. Pacientka má jednoho staršího bratra, ten je zdravý. V dětství byla pacientka pasivní kuřák, oba rodiče velmi kouřili.

Gynekologická anamnéza:

Pacientka absolvuje pravidelné gynekologické prohlídky, menarche ve třinácti letech, jeden porod, žádné potraty. Při diagnostikování RS v roce 1995 ji nebylo další těhotenství doporučeno. Menstruaci mívá pravidelně, někdy bolestivou se silným krvácením.

Sociální anamnéza:

Bydlí s manželem a synem v rodinném domě, který je částečně bezbariérově zařízen.

Pracovní anamnéza:

Pacientka v plně invalidním důchodu od r. 1998. Na základní škole chodila do sportovní třídy, maturovala na gymnáziu, pak roční ekonomická nástavba. Pracovala ve výpočetním středisku, pak až do odchodu do invalidního důchodu jako výpravčí na dráze.

Současná medikace:

Baclofen 10mg , Medrol 4mg , Seropram, B komplex forte, Celaskon, Condro F, Wobenzym, Ginkoprim, Vigantol kapky 3x denně 1 kapku, Calcichew, Helicid, Selen+Zinek, Cfplox

Lékařské diagnózy:

Roztroušená skleróza – sekundárně progresivní forma EDSS 8,5

Opakované infekce močových cest

Stav po fraktuře kosti stehenní

Stav po kompresivní fraktuře těla L4

7.2 Ošetřovatelský model podle Nancy Roperové

1. Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: Pacientka udává, že je ráda, že bydlí v rodinném domě. V paneláku by se prý bála. V domě bydlí spolu s manželem a synem. Manžela péče o ní velmi obtěžuje, ale syn se v rámci svých možností snaží. Každý všední den za ní dochází pečovatelka na 3 hodiny a ta jí nejen v domácnosti velmi pomáhá. Pacientka ráda čte a sleduje televizi. Na procházky chodí pouze s pečovatelkou, sama se bojí.

Objektivně: Pacientka je plně závislá na cizí pomoci. Pohybuje se pomocí elektrického invalidního vozíku. Využívá i jiné kompenzační pomůcky jako polohovací lůžko s antidekubitální matrací, zvedák, sedačku do sprchy. Vztah s manželem je velmi chladný, do péče o pacientku se zapojuje až po opakovaném upozorňování sester ADP nebo pečovatelky. Komunikace mezi manželem a pacientkou je někdy až vulgární.

2. Komunikace

Subjektivně: Pacientka si uvědomuje svoji ztíženou výslovnost. Hodně ji někdy obtěžuje, že jí ostatní nerozumí. Také z tohoto důvodu se nerada stýká s jinými lidmi. Rodina, pečovatelka a sestry ADP jsou na její styl komunikace zvyklí. Z rodiny kromě manžela a syna komunikuje pouze s matkou a bratrem, s kterými si občas telefonuje. Pacientka udává, že mívá také časté změny nálad, až deprese, a tak nerada tráví čas ve společnosti jiných lidí.

Objektivně: Pacientka komunikuje skandovanou řečí, která je pro pacienty s RS typická. Řeč je dysartrická, hůře srozumitelná. Je velmi nešťastná, že ji okolí občas nerozumí, proto komunikaci velmi omezuje jen na to nejdůležitější. Pacientka je často mrzutá, depresivní.

3. Dýchání

Subjektivně: Pacientka udává, že se občas nemůže dobře nadechnout. Toto trvá již od operace kyčelního kloubu před čtyřmi lety. Jinak se jí dýchá dobře, kašel, dušnost, ani námahovou neguje. Ona ani nikdo v rodině nekouří. V místnosti upřednostňuje spíše vyšší teplotu než chladno.

Objektivně: Pacientka dýchá klidně, frekvence dechu je v normě. V místnosti mívá často přetopeno a špatně vyvětráno. Při rozhovoru se nezdýchává, nekašle.

4. Jídlo a pití

Subjektivně: Pacientka udává, že se stravuje 4x denně. Při přijímání potravy má velké potíže, jak z důvodu zhoršeného polykání, tak z důvodu velmi omezené motoriky HK. Je odkázána na pomoc druhé osoby, jak při přípravě i konzumaci stravy, tak při pití. Její nejoblíbenější jídla jsou vepřové maso, zabíjačkové pokrmy, hořká čokoláda a mentholové bonbóny. Občas trpí zažívacími problémy, jako pálení žáhy, bolest a tlak v oblasti žaludku. Dle pacientky má v jídelníčku zařazeno dostatek ovoce a zeleniny. Za den vypije asi 1,5 l tekutin, převážně oslazené minerální vody. Černou kávu nepije vůbec, příležitostně si dá skleničku bílého vína.

Objektivně: Pacientka s parézou obou HK akcentovanou vlevo, na DK oboustranně plegie. Je nutná dopomoc při přípravě a podávání jídla. Pacientce je nutno stravu připravit, nakrájet na malé kousky a pak je schopna se najíst. V PHK je částečně zachována hybnost do té míry, že pacientka zvládá nejnütnější sebeobsahu. Pije pouze pomocí brčka, hrnek v pravé ruce neudrží dlouho. Dopomoc při jídle zajišťuje pečovatelka a rodina. Pacientka je normostenik. Váží 70 kg, BMI 25, lehká nadváha. Pitný režim má snížený.

5. Vylučování

Subjektivně: Pacientka udává, že již mnoho let trpí zácpou. Na stolici chodí jedenkrát za čtyři dny. Několik let má zavedenou močovou cévku, kterou ji sestry ADP pravidelně vyměňují. Často mívá pocity pálení a řezání kolem cévky, někdy se jí cévka ucpe a neodvádí moč nebo naopak moč protéká okolo. Nejráději by ji neměla, ale jelikož trpí trvalou inkontinencí, musela by častěji měnit plenkové kalhotky a nemá nikoho, kdo by se o ni takhle postaral.

Objektivně: Pacientka má zavedený permanentní močový katétr CH 20, který sestry ADP pravidelně po čtyřech týdnech vyměňují. PMK nyní odvádí v pořádku, čistou moč, bez příměsí. Pacientka má sklony k recidivujícím infekcím močových cest, proto sestry ADP pravidelně nabírají moč na mikrobiologické vyšetření. Pacientka trpí na časté zácpy v důsledku imobility. V oblasti vylučování je zcela nesoběstačná a je zcela odkázaná na pomoc druhé osoby.

6. Osobní hygiena a oblékání

Subjektivně: Pacientka potřebuje pomoc při vykonávání osobní i celkové hygieny. Ve spolupráci s pečovatelkou denně provádí osobní hygienu a celkovou koupel, kdy upřednostňuje sprchování. Provádí je 2x týdně. Jednou týdně si myje vlasy. Velmi zřídka do domácnosti dochází kadeřnice, která ji vlasy upravuje zastříhnutím. Oblékání sama nezvládne. Ráno ji pomáhá manžel nebo syn. V případě nutnosti ji převlékne pečovatelka. Na kosmetické přípravky neuvádí žádnou alergii.

Objektivně: Pacientka je v oblasti hygieny zcela závislá na pomoci druhé osoby. Pacientka úpravu zevnějšku zanedbávala, ale nyní, kdy k ní pravidelně dochází pečovatelka, je pacientka upravená a čistá. Pacientce nezáleží na jejím zevnějšku a nedává tomu velký význam. Na pravidelné zubní prohlídky se dostavuje velmi sporadicky.

7. Kontrola tělesné teploty

Subjektivně: Pacientka udává, že si tělesnou teplotu neměří, pouze ve výjimečných případech, když se necítí dobře. Teplotu jí pak měří syn nebo manžel v podpaží. Na zvýšenou teplotu ani při nachlazení netrpí. V místnosti upřednostňuje teplotu kolem 25 stupňů Celsia, nerada větrá. Je spíše zimomřivá.

Objektivně: Pacientka má hodnoty TT v normě. Pokožku nemá studenou ani teplou, potí se přiměřeně okolní teplotě v místnosti. Při větrání místnosti pacientku přoblečeme, aby neprochladla. Objektivně v místnosti mívá přetopeno.

8. Pohyb

Subjektivně: Pacientka velmi trpí ztrátou mobility a soběstačnosti. V mládí hodně sportovala a byla aktivní a stále se plně nevyrovnala s postižením, které RS přináší. Ztráta

pohybu je důvodem častých depresí a špatné nálady. Rehabilituje 5x týdně s fyzioterapeutkou ADP a jednou ročně jezdí na rehabilitační pobyt do Žirče.

Objektivně: Pacientka trpí hemiparézou HK, kdy těžší postižení je na LHK. DK má zcela plegické. K pohybu používá elektrický invalidní vozík a je zcela závislá na pomoci druhé osoby. K pacientce 5x týdně dochází fyzioterapeutka ADP. S pacientkou pravidelně rehabilituje dle cvičební jednotky, sestavené individuálně dle zdravotního stavu pacientky. Cvičební jednotka je aktualizována minimálně 1x měsíčně a popřípadě dle aktuálního zdravotního stavu pacientky přizpůsobována.

9. Práce a hry

Subjektivně: Pacientka ráda čte, ale v poslední době se jí zhoršil zrak, proto si ráda nechává předčítat od pečovatelky. S oblibou hraje hry na počítači. V mládí závodně plavala a jezdila na koni. V televizi sleduje s oblibou sportovní pořady. S pečovatelkou ráda vaří, i když se fyzicky nemůže tolik zapojit. Velkou radost jí udělá, když může jít s pečovatelkou nebo s rodinou na procházku. Před delší dobou byla v divadle, kde se jí velmi líbilo.

Objektivně: Pacientka má časté výkyvy nálad. Často si stěžuje na špatné rodinné vztahy, z důvodu kterých nemůže vykonávat aktivity, které by jí činily radost. Ráda by chodila častěji na procházky nebo do kina či divadla, ale rodina jí to neumožní. Vztah s manželem je často velmi vyhrocený, syn je pasivní a pacientka se tím velmi trápí.

10. Projevy sexuality

Subjektivně: Dle pacientky je její partnerský vztah s manželem velmi špatný. Spolu netráví vůbec žádný volný čas. Dle jejího sdělení, by se jí nejraději zbavil a umístil ji do nějakého ústavu. Prý jí často vyčítá, že mu zkazila život. Pacientka není sexuálně aktivní. Dle jejího vyjádření však nezájem o sex pociťovala již před propuknutím nemoci.

Objektivně: Pacientka proděla jeden porod zdravého dítěte z fyziologického těhotenství, neměla žádné potraty ani gynekologické operace. O své sexualitě se vyjadřuje velmi chladně.

11. Spánek

Subjektivně: Pacientka špatně usíná a v noci se často budí, jelikož spí pouze na zádech. V noci by potřebovala přetočit na bok, ale z rodiny nikdo nechce z tohoto důvodu vstávat. Ráno vstává okolo 7 hodiny a přes den nemá ve zvyku pospávat. Po noci se cítí často velmi unavená.

Objektivně: Pacientka působí velmi unaveným dojmem. V obličeji je bledá, často s kruhy pod očima. Neužívá žádnou medikaci proti nespavosti.

12. Umírání

Subjektivně: Pacientka často přemýšlí o smrti. Nemá žádné náboženské vyznání. Obává se smrti v souvislosti s jejím onemocněním.

Objektivně: Pacientka často otevřeně mluví o smrti. Bojí se celkového ochrnutí a upoutání na lůžko. Konzultaci s psychologem pacientka odmítá.

7.3 Fyzikální vyšetření pacientky

Fyzikální vyšetření provedeno dne 5. 12. 2016

TK: 140/70 mmHg

P: 68/min

D: 13/min

Hmotnost: 70kg

Výška: 168cm

Hodnocení vědomí: Pacientka je plně orientovaná časem, místem, osobou i situací, bez kvalitativní i kvantitativní poruchy vědomí. Pacientka rozumí pokládaným otázkám, vyjadřuje se verbálně. Řeč je dysartrická, hůře srozumitelná, odpovědi přiléhavé. Pacientka se snaží spolupracovat.

Psychický stav: Nálada pacientky je závislá na aktuálním stavu. Mívá časté výkyvy nálad, spíše depresivní ladění.

Hlava: Bledá barva kůže, poklep, pohmat nebolestivý, nystagmus, uši, nos a ústa bez patologie

Krk: bez patologie

Hrudník: symetrické dýchání bez vedlejších poslechových fenoménů

Břicho: na pohmat tužší, nebolestivé

HK: spastická paréza, výraznější postižení LHK

DK: na LDK jizva po operaci TEP kyčelního kloubu, DK bez otoků, varixů, viditelná atrofie svalové hmoty, plegické

Chůze, stoj, sed, přesuny: chůze a stoj samostatně nezvládne, stoj pouze s pomocí dvou osob u žebřin, sed samostatně s malou pomocí, přesuny s výraznou pomocí druhé osoby

Kompenzační pomůcky:

Brýle na čtení

Elektrický invalidní vozík

Zvedák

Sedačka ve sprše

Ortopedické sandály

Hodnocení dle použitých škál:

Bartelův test základních všedních činností - 35 bodů – vysoce závislá

Hodnocení rizika pádů -7 bodů vysoké riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 16 bodů vysoké riziko vzniku dekubitů

Numerická škála bolesti (1-10) - pacientka udává trvalé bolesti v intenzitě 5-7

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese - 24 bodů střední deprese

Body Mass Index - 25 mírná forma nadváhy

Kurtzkeho stupnice postižení - 8 - ležící, závislost na invalidním vozíku, t velmi omezená soběstačnost

7.4 Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče byl pro pacientku sestaven v agentuře domácí péče Soukromá ošetrovatelská péče Plzeň dne 5. 12. 2016, hodnocení efektivity plánu 5. 1. 2017.

7.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00109 Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s parézou HK a plegií DK projevující se neschopností se samostatně obléknout.

Subjektivně: Pacientka udává, že hybnost LHK je natolik špatná, že s ní nedokáže už vůbec nic. Pomocí PHK se snaží aktivně pomáhat při oblékání. Udává, že je z toho velmi smutná a někdy se stydí.

Objektivně: Pacientka je plně závislá při oblékání na pomoci druhé osoby. LHK je velmi spastická, PHK částečně pohyblivá. DK plegické.

Očekávané výsledky:

Zjistit míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Pacientka při oblékání dosahuje, co největší možné míry samostatnosti.

Pacientka má zabezpečenou pomoc při oblékání.

Pacientka se naučí při oblékání více zapojovat pravou ruku.

Pacientka je čistě oblečena a upravena.

Pacientka netrpí pocitem studu.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistí schopnosti, které pacientka zvládne sama.

Ukaž pacientce, jak si může při oblékání dopomoc pravou rukou.

Pomáhej pacientce v oblékání.

Dej pacientce dostatek času, aby se mohla do oblékání dle svých možností zapojit.

Motivuj pacientku ke spolupráci a pochval ji při úspěchu.

Potřebné věci umístí na dosah pravé ruky pacientky.

Při oblékání s pacientkou aktivně komunikuj.

Snaž se zapojit rodinu.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka aktivně pomáhá při oblékání. Má radost, že se stále může částečně zapojit. Rodina se v této oblasti zapojuje, ale spíše pasivně.

2. 00108 Deficit sebepečce při koupání a osobní hygieně z důvodu spasticity horních končetin projevující sníženou pohyblivostí HK a intenzivním třesem HK a plegií DK

Subjektivně: Pacientka žádá o pomoc při osobní hygieně.

Objektivně: Pacientka z důvodu spasticity LDK není schopna plně vykonat osobní hygienu.

Cíl:

Zjistit míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Pacientka se bude aktivně podílet na vykonávání osobní hygieny dle svých možností.

Pacientka se bude cítit svěže po vykonání hygieny a mít radost ze svých úspěchů.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistí schopnosti, které pacientka zvládne sama.

Ukaž pacientce, jak může v osobní hygieně zapojit pouze pravou ruku.

Připrav pacientce všechny pomůcky na dosah ruky.

Komunikuj s pacientkou a pozitivně ji motivuj.

S úkony, na které nestačí, jí pomoz.

Snaž se zapojit rodinu.

Za snahu pacientku pochval.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka se snaží vykonávat osobní hygienu zcela samostatně. Má radost ze svých úspěchů. Rodina se do hygieny pacientky nezapojuje.

3. 00102 Deficit sebezpečí při jídle z důvodu intenzivního třesu HK a spasticity LHK projevující se neschopností připravit si jídlo

Subjektivně: Pacientka cítí smutek, že není schopna si samostatně jídlo připravit. Při stravování se cítí velmi nešikovná a potřebuje dopomoc.

Objektivně: Pacientka není schopna si samostatně připravit jídlo. Pokud je jídlo připraveno a nakrájeno na malé kousky, tak je schopna se pravou rukou najíst. Při jídle se u pacientky projevuje intenzivní třes a často se při jídle znečistí.

Očekávané výsledky:

Zjistit míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistit schopnosti, které pacientka zvládne sama.

Pacientka je schopna se najíst samostatně.

Pacientka dodržuje pitný režim a pravidelný stravovací režim.

Pacientka se necítí provinile při stravování.

Při stravování pomáhá pacientce rodina nebo pečovatelka.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zajisti pravidelný stravovací a pitný režim.

Zajisti pacientce pohodlnou polohu při stravování.

Pacientce ponechávej dostatek času při stravování.

Pozitivně pacientku motivuj v samostatnosti při stravování.

Za snahu pacientku pochval, při neúspěchu ji povzbuzuj.

Začleň aktivně rodinu.

Hrnek s pitím opatřený brčkem dej na dosah pravé ruky pacientky.

Při zhoršeném zdravotním a psychickém stavu pacientku nakrm.

Při přípravě jídla pacientku zapojuj dle jejích možností.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka se snaží aktivně zapojovat do stravování a má radost z každého úspěchu.

Zná vhodný stravovací a pitný režim a snaží se ho dodržovat.

Při přípravě jídla se pacientka zapojuje spíše pasivně.

4. 00110 Deficit sebezpečí při vyprazdňování z důvodu snížené mobility

Subjektivně: Pacientka udává pocit nepohodlí a studu, že při výkonu není samostatná a musí obtěžovat druhou osobu. Stěžuje si na nedostatek soukromí a klidu při vykonávání této potřeby.

Objektivně: Pacientka při potřebě na stoličce musí být přemístěna na toaletní křeslo. Není schopna si zabezpečit hygienu po vyprázdnění a je zcela odkázána na pomoc druhé osoby.

Očekávané výsledky:

Zjistit míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Pacientka má zajištěno dostatečné množství soukromí, klidu a času na vyprázdnění stolice.

Pacientka má zabezpečenou náležitou péči o močový katétr.

Do péče o vyprazdňování se aktivně zapojuje rodina.

Pacientka má pravidelnou četnost vyprazdňování.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistí schopnosti, které pacientka zvládne sama.

Zajisti pacientce při vyprazdňování klid, soukromí a dostatek času.

Pravidelně kontroluj okolí močového katétru a jeho průchodnost.

Udělej důkladnou hygienu po vyprázdnění a zapoj rodinu.

S pacientkou při vykonávání hygieny aktivně komunikuj a zmírní její stud.

V péči o močový katétr zaučuj rodinu.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: U pacientky se upravila frekvence vyprazdňování stolice. Má zajištěnou hygienu po vyprázdnění stolice, do čehož se zapojuje i rodina. Rodina zvládá výměnu sběrného sáčku na permanentní močový katétr. Pacientka v poslední době neprodělala močovou infekci. Přesuny na toaletní křeslo v nepřítomnosti sestry zajišťuje pečovatelka nebo rodina.

5. 00011 Zácpa související s poruchou mobility projevující se obtížným vyprazdňováním stolice po čtyřech dnech.

Subjektivně: Pacientka udává, že nebyla na stolici 3 dny. Udává pocit plnosti v konečníku a tlaku v břiše. Chtěla by se vyprázdnit.

Objektivně: Pacientka má sníženou frekvenci vyprazdňování stolice, je podrážděná. Pitný režim pacientka nedodržuje.

Očekávané výsledky:

Pacientka se vyprázdnila.

Pacientka nepocítuje bolesti břicha.

Potraviny zná potraviny bohaté na vlákninu.

Pacientka je informována o škodlivosti nadužívání laxancií.

Pacientce se upraví frekvence vyprazdňování stolice.

Pacientka dodržuje správný stravovací a pitný režim.

Pacientka netrpí bolestí břicha a pocitem tlaku v konečníku.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí dobu trvání obtíží, a kdy byla pacientka na poslední stolici.

Zajisti pacientce intimitu při vyprazdňování.

Pouč pacientku a zajisti fyziologickou polohu při vyprazdňování.

Zajisti fyzioterapii zaměřenou na podporu defekace.

Zajisti u pacientky v jídelníčku dostatek vlákniny a příjem dostatečného množství tekutin.

Sleduj pitný a stravovací režim pacientky.

Buď trpělivá a empatická.

Zajisti pacientce dostatečnou hygienu po vyprázdnění.

Dle ordinace lékaře podávej léky podporující vyprazdňování stolice.

Dle potřeby a ordinace lékaře podej klyzma.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka se vyprázdnila. Má zajištěný vhodný stravovací a pitný režim a dodržuje ho. Cítí se dobře. Neudává pocit plnosti ani bolesti břicha. Frekvence vyprazdňování stolice se postupně upravuje do normálu.

6. 00118 Narušený obraz těla související s postupnou invalidizací projevující se depresivní náladou a ztrátou energie.

Subjektivně: Pacientka trpí ztrátou sebeúcty. Cítí se úzkostně, stydí se a vyhýbá se komunikace s cizími lidmi. Připadá si ošklivá a na obtíž druhým, nejvíce svojí rodině.

Objektivně: Pacientka trpí častými výkyvy nálad, je podrážděná. Svě tělo vnímá velmi špatně. Slovně zpochybňuje svoji hodnotu. V rodině nemá žádnou podporu.

Očekávané výsledky:

Pacientka se přizpůsobuje narušenému obrazu těla, má lepší náladu, netrpí depresí.

Ošetřovatelské intervence:

Snaž se navázat s pacientkou vztah založený na důvěře.

Otevřeně s pacientkou komunikuj o jejich pocitech, obavách, starostech a potřebách.

Vysvětli, jaké má možnosti do budoucna.

Věnuj pacientce dostatek času a pozitivně ji motivuj.

Aktivně pacientku podporuj v setkávání se stejně nemocnými lidmi sdružení Roska.

Zapoj rodinu do procesu přizpůsobování pacientky na narušený obraz těla.

Hodnocení: Pacientka chápe svoji nemoc a postižení, které ji vyvolává. Trpí stále úzkostí a sníženou sebeúctou. Snaží se adaptovat, ale její současný stav ji stále trápí. Rodina ji v adaptaci nepomáhá, naopak situaci v mnoha směrech zhoršuje.

7. 00124 Beznaděj související s postupným zhoršováním projevů základního onemocnění projevující se pesimistickou náladou

Subjektivně: Pacientka se dívá do budoucnosti velmi skepticky a nenachází podporu ve své rodině.

Objektivně: Pacientka nechce mluvit o budoucnosti, je depresivní. Slovně vyjadřuje pesimismus.

Očekávané výsledky:

Pacientka má dostatek informací o své nemoci a léčebném režimu.

Pacientka je schopna formulovat realistické cíle a nachází řešení své situace.

Pacientka projevuje zvýšenou aktivitu, energii a pozitivní očekávání do budoucnosti.

Pacientka se necítí osamělá.

Ošetřovatelské intervence:

Zjistí příčiny a přispívající faktory beznaděje.

Vytvoř terapeutický vztah s pacientkou.

Povzbuzuj pacientku k vyjádření svých pocitů a dojmů

Zajisti kontakt s psychologem či psychiatrem.

Zapoj pacientku do plánování rozvrhu péče.

Nauč pacientku stanovovat krátkodobé cíle a činnosti, které ji přinesou radost.

Podporuj ji v dosažení jejích cílů.

Snaž se předcházet situacím, které vedou k pocitům izolace.

Zajisti bezpečí pacientky.

Zapoj rodinu do péče o pacientku a motivuj ji k podpoře pacientky.

Hodnocení: Pacientka si vytvořila cíl získat asistenčního psa. Těší se na spolupráci a do budoucnosti vyhlíží pozitivněji. Rodina jí stále aktivně nepomáhá.

8. 00133 Chronická bolest související s onemocněním roztroušená skleróza projevující se slovním vyjádřením pacientky a bolestivými grimasy v obličeji

Subjektivně: Pacientka si stěžuje na bolestivé křeče v DK.

Objektivně: Pacientka slovně vyjadřuje bolestivé pocity v DK. V obličeji bolestivě grimasuje.

Očekávané výsledky:

Snížit a zmírnit bolest.

Snažit se odstranit vyvolávající příčinu.

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti. Pacientka je schopna sledovat bolest s použitím naučených dovedností.

Pacientka zná úlevovou polohu při bolesti.

Bolest neruší spánek pacientky.

U pacientky je zajištěna co nejlepší kvalita života.

Ošetřovatelské intervence:

Posud' bolest – lokalizace, charakter, intenzita, nástup, trvání, závislost.

Snaž se posoudit vegetativní projevy bolesti – puls, krevní tlak, dech, pocení, dilatace zornic.

Proveď záznam na stupnici bolesti.

Pomoc pacientce zaujmout úlevovou polohu.

Využij vhodné fyzioterapie k zmírnění bolesti.

Akceptuj vyjádření pacientky o její bolesti.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře.

Usiluj spolu s pacientkou o prevenci bolesti.

Hodnocení: Po podání analgetik pacientka pociťuje úlevu od bolesti o dva stupně na numerické stupnici bolesti do 30 minut. Pacientka zná úlevovou polohu při bolesti a s pomocí druhé osoby ji umí zaujmout. Pacientka zná příčiny bolesti a umí svoji bolest sledovat.

9. 00051 Zhoršená verbální komunikace související se základním onemocněním projevující se dysartrickou řečí

Subjektivně: Pacientka je nešťastná, že je jí špatně rozumět. Často je to důvod, proč se nerada setkává s ostatními lidmi.

Objektivně: Pacientka se projevuje dysartrickou skandovanou řečí.

Očekávané výsledky:

Produktivní komunikace s pacientkou.

Zvolit vhodné metody komunikace.

Shoda mezi verbální a neverbální komunikací.

Ošetřovatelské intervence:

Zjistí příčinné faktory poruch komunikace.

Zhodnot' a zdokumentuj schopnost pacientky mluvit, slyšet

Najdi vhodné prostředky komunikace.

Zapoj rodinu ke stimulaci ke komunikaci.

Buď trpělivá a vstřícná při komunikaci s pacientkou.

Zajisti kontakt se specialistou.

Vše zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka častěji komunikuje. Pacientky zná formu neverbální komunikace, kterou částečně nahradí svůj handicap. Rodina bohužel pacientku v aktivní komunikaci nepodporuje.

10. 00095 Nekvalitní spánek související s nemožností zaujmout samostatně vhodnou polohu na lůžku projevující se častým buzením

Subjektivně: Pacientka udává, že se v noci často vzbudí, cítí se unavená.

Objektivně: Pacientka si verbálně stěžuje na nekvalitní spánek, je bledá, má kruhy pod očima.

Očekávané výsledky:

Pacientka má zlepšenou kvalitu spánku.

Pacientka se po spánku cítí odpočatě.

Ošetrovatelské intervence:

Zjisti, zda má pacientka před spánkem rituály či návyky.

Edukuj rodinu, aby v případě potřeby pacientce v noci změnili polohu v lůžku.

Edukuj pacientku a rodinu před spánkem v místnosti vyvětrat a zajistit klidné a pohodlné prostředí.

Umožni pacientce, aby mohla volně hovořit o svých problémech.

Dle potřeby podej medikaci dle ordinace lékaře.

Hodnocení: U pacientky nedošlo ke zkvalitnění spánku, rodina nespolupracuje.

7.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. 00004 Riziko infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru

Očekávané výsledky:

Během měsíce nedojde ke vzniku močové infekce.

Pacientka nevykazuje známky infekce.

Permanentní katétr je ponechán na dobu nezbytně nutnou a pravidelně vyměňován.

Rodina zvládá manipulaci se sběrným systémem a hygienu okolí katétru.

Ošetrovatelské intervence:

Zaváděj permanentní katétr za aseptických podmínek.

Permanentní močový katétr napoj na sterilní odvodný systém.

Proveď zápis o zavedení permanentního močového katétru.

Upevni sběrný sáček a zajisti kontinuální odtok moči.

Aktivně sleduj subjektivní pocity pacientky – pálení, řezání, bolest.

Sleduj vzhled a množství moči.

Sleduj tělesnou teplotu.

Prováděj odběry na mikrobiologické vyšetření.

Nauč pacientku a rodinu zacházet se sběrným systémem.

Edukuj pacientku a rodinu dodržovat hygienu v oblasti močového katétru.

Výměnu a manipulaci s permanentním katétrem prováděj dle standartu ADP.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Během měsíce nedošlo k infekci. Rodina zvládá manipulaci se sběrným systémem. Okolí permanentního katétru je čisté, bez známek infekce.

2. 00047 Riziko narušení integrity kůže z důvodu zhoršené mobility

Očekávané výsledky:

U pacientky nedojde k narušení integrity kůže.

Pokožka pacientky je čistá, bez defektů a dekubitů. Pacientka má pokožku dostatečně hydratovanou a prokrvenou.

Ošetrovatelské intervence:

Pravidelně kontroluj stav kůže, především na predilekčních místech.

Zajisti pravidelnou a důkladnou hygienu celého těla.

Pravidelně polohuj pacientku a zajisti pomoc rodiny při polohování.

Pravidelně pacientce prováděj masáže na prokrvení rizikových míst.

Zabraň působení nadměrného tlaku na predilekčních místech používáním antidekubitálních pomůcek.

Zajisti, aby pacientka měla čisté lůžko i osobní prádlo.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka má čistou pokožku, bez defektů.

3. 00155 Riziko pádů z důvodu omezené mobility

Očekávané výsledky:

U pacientky nedojde k pádu

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti potřebné pomůcky pro bezpečnost pacientky.

Při přesunech na invalidní vozík, vždy využij pomoc druhé osoby či kompenzační pomůcky.

Edukuj a pouč rodinu o vhodné úpravě bytu a lůžka pacientky.

Zapoj rodinu do péče o pacientku.

Hodnocení: U pacientky nedošlo k pádu.

4. Riziko aspirace z důvodu poruchy polykání

Očekávané výsledky:

U pacientky nedojde k aspiraci.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti přípravu jídla tak, aby pacientka neměla problémy s jejím polykáním.

Zajisti pacientce při stravování dostatek času.

Edukuj pacientku o pozornosti a opatrnosti při stravování.

Hodnocení: U pacientky nedošlo k aspiraci.

Cvičební jednotka

Cvičební jednotka je soubor cviků domácí rehabilitační péče a je součástí každodenní domácí ošetrovatelské péče o pacientku. U pacientky se fyzioterapie dle cvičební jednotky provádí 5x týdně. Aktualizuje se pravidelně 1x měsíčně a popřípadě se přizpůsobuje aktuálnímu zdravotnímu stavu pacientky. Pacientka se do cvičení zapojuje podle momentálního psychického rozpoložení. Spolupráce je střídavá. Samostatně pacientka necvičí.

Cvičební jednotka se skládá ze tří částí:

1. Úvodní zahřívací část: Dle zdravotního stavu pacientky může obsahovat protahování nebo krátkou rozcvičku. Snažíme se vyvarovat větší dynamické zátěže. Měla by trvat 5-10 minut. Pacientka by neměla být po ní unavená ani zpocená.
2. Hlavní část: Jde o dynamické cvičení aerobního charakteru, kdy je využíván aerobní metabolismus. Optimálně by měla trvat do 30 minut.
3. Závěr - uvolnění a vydýchání: V této části cvičební jednotky je vhodné, aby se pacientka vydýchala, následně zrelaxovala. Trvá 5-10 min. Dochází k tělesnému i

psychickému uvolnění. Srdeční frekvence by se měla během této fáze cvičení vrátit k normálním klidovým hodnotám.

Vlastní cvičební jednotka – aktualizovaná pro pacientku dne 1. 12. 2016

Úvodní část:

1. Cvičení krční páteře: předklony, úklony, rotace hlavy + postizometrická relaxace (dále také PIR) trapézových svalů, levátorů a krátkých extenzorů šíje.
2. Cvičení hrudní páteře: postupný předklon a narovnání – rozvíjení páteře, rotace ramen do stran, boky fixovány, automobilizace pomocí molitanového míčku.
3. Protahování svalů HKK: s dopomocí, pasivní, pokrčení a natažení prstů ruky, kroužení zápěstí, pokrčení a natažení loktů.

Hlavní část:

1. Pacientka je v poloze vsedě na invalidním vozíku levým bokem u stolu, předloktí a levá ruka leží na stole - míčkování levého předloktí a ruky – 3 až 5 minut, mobilizace drobných kloubů ruky a zápěstí nácvik jemné motoriky – aktivně s dopomocí (2 až 3x, pak pasivně) – špetka, štipec, svor do pěsti, cirkumdukce (kroužení) palce.
2. Pacientka pokrčí ruce, spojí je k sobě dlaněmi a silou tlačí do dlaní.
3. Cvičení s overballem, vložení míče mezi kolena a pacientka stiskává kolena k sobě silou do míče, posilování pánevního dna, protažení plosek nohou na overballu.
4. Funkční trénink: nácvik přesunu z lůžka na vozík a zpět, posun na lůžku, přetáčení na boky, posazování se.
5. Sed na vozíku, pasivní uvolňování kloubní hybnosti hlezen a kolen na šlapadle – 3 až 5 min.
6. Pasivní protažení ramenních kloubů HK do rotací, flexe, extenze.
7. Míčkování hlezen a nártů DK – jednu DK má pacientka položenou přes DK fyzioterapeutky - 5 min.
8. Pasivní protažení prstů a hlezen DK všemi směry ve stejné poloze – 8 až 10x
9. Pasivní protažení kolenních kloubů do extenze ve stejné poloze – 8 až 10x
10. S pomocí syna a druhé osoby vertikalizace u žebřin s pasivní oporou kolenních kloubů.
- 11.** V poloze vleže na zádech na posteli (kam ji přemístí syn nebo manžel) pasivní protažení kloubů HK i DK, relaxace páteře a DK svalů na míči.

Závěrečná část:

1. Postizometrická relaxace prsních svalů - 2x
2. Postizometrická relaxace svalů pro mediální a laterální epikondylitidu levé horní končetiny
3. Dechová gymnastika: trénink břišního a hrudního dýchání, hluboký nádech, přidržení a pozvolné vydechnutí, zvyšování vitální kapacity plic.
4. Dále pacientka polohuje DK ve zvýšené poloze vleže na zádech, vsedě na vozíku nelze, vyvolává větší spasticitu DK.

7.4.3 Edukační plán

Účel: Edukace pacientky o nutnosti dodržovat stravovací a pitný režim jako prevenci zácpy a močové infekce.

Cíl: Během 30 minut pacientka pochopí zásady zdravého stravovacího a pitného režimu.

Specifický cíl v oblasti kognitivní:

Pacientka bude znát potraviny bohaté na vlákninu, zakysané výrobky a vhodné tekutiny a jejich ideální množství za den.

Hlavní body plánu: Pacientce vyjmenuji vhodné potraviny a tekutiny a vysvětlím jejich užitek pro správné fungování organismu.

Metoda prezentace: přednáška, rozhovor

Časová dotace: 20 minut

Pomůcky: edukační materiály, literatura

Hodnocení: Pacientka je schopná vyjmenovat minimálně 5 druhů vhodných potravin a zná množství tekutin, které by za den měla vypít.

Specifický cíl v oblasti afektivní:

Pacientka vyjádří své pocity a obavy z dodržování správného stravovacího a pitného režimu.

Hlavní body plánu: Vyzvat pacientku, aby vyjádřila své pocity a obavy.

Metoda prezentace: diskuse

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka vyjádřila své pocity a je odhodlaná stravovací a pitný režim dodržovat.

Hodnocení efektivity edukace

10. 1. 2016

Pacientka bohužel nedodrží pravidla správného stravování a pitného režimu. Udává, že ji rodina nepodporuje a ona sama nic nezmůže. Musí jíst a pít, co jí rodina připraví.

7.5 Kasuistika č. 2

Pohlaví: žena

Rok narození: 1959

Datum příjmu do ADP: 12. 5. 2013

Zaměstnání: invalidní důchodkyně

Alergie: nejuje

Kouření: nikdy nekouřila

Alkohol: velmi ojediněle, 3-4x do roka 2dc bílého vína

56leté pacientce byla diagnostikována RS mozkomíšní SP 10.10.1989 po třítýdenní hospitalizaci ve FN Plzeň. První příznaky nemoci se objevily po třetím těhotenství, které bylo rizikové (krváčení ve 20. týdnu), kdy začala mít problémy z citlivostí DK, což praktická lékařka klasifikovala jako onemocnění žil DK, vzhledem zatížení v rodinné anamnéze. V červenci 1988 nastoupila do zaměstnání jako prodavačka a za rok začala mít velké problémy se zakopáváním a stabilitou. V srpnu téhož roku prodělala těžkou angínu, kdy začala mít problém s chůzí, podvrkávání nohou a podobné potíže. Zhoršila se jí i citlivost v obou DK. Bylo jí doporučeno ortopedické vyšetření a následně odeslána na neurologii FN Plzeň., kde byla hospitalizována a po provedení všech vyšetření včetně magnetické rezonance byla diagnóza potvrzena.

Osobní anamnéza:

Pacientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci. V roce 2004 upadla a zlomila jsem si obě ramínka stydké kosti na obou stranách. Následně zhoršená chůze, pouze pomocí francouzských holí. V lednu 2005 prodělala chirurgický zákrok na děložním čípku bez onkologického nálezu. V roce 2004 prodělala operace šedého zákalu na obou očích z důvodu negativního působení Prednisonu. Na pravidelné kontroly u očního lékaře dochází doposud. V srpnu 2007 bez úrazu diagnostikován pro silné bolesti rozdrčený a zapouzdřený TH12 a L1 zlomený - absolvovala dvě operace páteře, kde byl vyjmut obratel a dosazen implantát a zpevněna páteř výztuží. Následná rehabilitace ve FN a dva měsíce v Kladrubech. V únoru 2008 srdeční kolaps a hospitalizace na interním oddělení FN Plzeň Bory. V 2012 ještě 2x hospitalizace interní oddělení FN Plzeň Bory - trombóza nejdřív pravé a pak levé dolní končetiny, oboustranná embolie – zavedení stentu.

Rodinná anamnéza:

Pacientka má 3 děti, zdravý. Manžel zemřel v r. 2003 na Ca recta. Matka zemřela v 85 letech na srdeční selhání, otec v 56 letech na CMP, 1 sestra zdráva

Gynekologická anamnéza:

Pacientka pravidelně dochází na gynekologické prohlídky. Má tři děti, prodělala tři fyziologické porody, jeden potrat. Menarche v 15 letech, poslední menses v prosinci 2005. V lednu 2005 prodělala chirurgický zákrok na děložním čípku bez onkologického nálezu.

Sociální anamnéza:

Pacientka žije s přítelem v panelovém domě, který se postupně snaží předělat na bezbariérový.

Pracovní anamnéza:

Pacientka od roku 1990 v invalidním důchodu. Dříve pracovala jako prodavačka v potravinách.

Současná medikace:

Warfarin, Prednison, Baclofen, Cardilan, Agen, Letrox

Lékařské diagnózy:

Roztroušená skleróza – sekundárně progresivní forma

Stav hluboké žilní trombóze PHK

Stav po hluboké žilní trombóze LHK

Stav po plicní embolii

Arteriální hypertenze

Hyperlipidémie

Stav po operaci katarakty

7.6 Ošetřovatelský model podle Nancy Roperové

1. Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: Pacientka se ve svém prostředí cítí bezpečně. Žije v panelovém domě společně s přítelem, který postupně předělává byt na bezbariérový. Podle jejích slov se občas pohádají, ale jinak mají velmi hezký vztah a přítel o ní, když je třeba, ochotně pečuje. Volný čas ráda tráví ve společnosti přátel a rodiny. Angažuje se v práci pro sdružení Roska, ráda sleduje sport, oblíbené pořady v televizi, ale vyrazí i do kina či divadla. Na čtení potřebuje brýle. Má odoperovaný šedý zákal.

Objektivně: Pacientka je i přes svoje postižení hodně aktivní. Je velice komunikativní a má kolem sebe dostatek lidí, kteří jí rádi pomohou. Pohybuje se pomocí elektrického (venku) a mechanického vozíku (po bytě). V domácnosti má značný počet kompenzačních pomůcek, které jí v bezpečném pohybu po bytě pomáhají.

2. Komunikace

Subjektivně: Pacientka udává, že nemá problémy s komunikací, naopak o sobě říká, že je hodně upovídaná. Ráda tráví čas ve společnosti druhých lidí. V těžkých situacích jí nejvíce pomáhá přítel.

Objektivně: Pacientka netrpí poruchou řeči. Mluví česky, hovorově. Má částečnou zubní protézu, která jí nebrání ve správné artikulaci.

3. Dýchání

Subjektivně: Pacientka udává, že se jí dýchá dobře. Občas při námaze pociťuje lehkou námahovou dušnost. Ve spánku zaujímá polohu na zádech. Nikdy v životě nekouřila ani neužívala léky na podporu dýchání.

Objektivně: Pacientka má normální barvu kůže, nekašle a dechová frekvence je v normě, bez dušnosti.

4. Jídlo a pití

Subjektivně: Pacientka udává, že by se měla stravovat zdravěji, vzhledem k nadváze, kterou trpí. S vařením jí hodně pomáhá přítel, protože má omezená jemnou motoriku HK. Je zvyklá jíst 5x i více krát denně spíše malé porce. Snaží se méně solit a sladit. Chuť k jídlu má velmi dobrou. Denně vypije 1,5 litru tekutin, nejvíce čaj a vodu. Kávu pije 1x denně. Na zažívací potíže či potíže s polykáním si nestěžuje.

Objektivně: Pacientka má omezenou jemnou motoriku HK a z toho důvodu je nutná dopomoc při přípravě jídla. Stravuje se samostatně, občas potřebuje nakrájet maso. Nejčastěji používá při stravování lžici. Pacientka trpí obezitou prvního stupně, středně vysoká zdravotní rizika, BMI 33, váží 91 kg a měla by dodržovat správný stravovací režim a jíst racionální stravu bohatou na vlákninu a zeleninu. Při pití z důvodu zhoršené jemné motoriky častěji používá brčko.

5. Vylučování

Subjektivně: Pacientka udává, že na stolici chodí pravidelně 1x za 2-3 dny. Občas má problém se zácpou, ale většinou jen přechodně. Někdy má potíže s nadýmáním. Trápí se s občasnou inkontinencí moči, kterou řeší pomocí inkontinenčních pomůcek. Močit chodí velmi často, asi každou hodinu. Má hyperaktivní močový měchýř a je náchylná k častějším zánětům močových cest, kdy příznaky jako pálení a řezání při močení jsou pro ni signálem nechat si ihned vyšetřit moč.

Objektivně: Pacientka má hyperaktivní močový měchýř, a proto močí velmi často a používá inkontinentní pomůcky. Trpí opakovanými záněty močových cest. Léčí se na urologii. V oblasti vyprazdňování stolice je zcela kontinentní a soběstačná. Přesuny na WC

zvládá samostatně, jen někdy při zhoršeném celkovém stavu potřebuje dopomoc druhé osoby.

6. Osobní hygiena a oblékání

Subjektivně: Hygienu provádí pacientka 2x denně samostatně. Upřednostňuje sprchování, kde využívá speciální sedátko ve sprchovém koutě. 2x denně provádí zubní hygiena a dochází na preventivní prohlídky v řádném termínu. Používá částečnou snímatelnou zubní protézu, kterou pečlivě čistí.

Objektivně: Pacientka zvládá hygienu samostatně. Pravidelně dochází ke kadeřníkovi a na pedikúru. O pokožku DK pečují sestry ADP dle ordinace lékaře. Pacientka má silné otoky DK, docházela na lymfomasáže, které jí v loňském roku již nebyly doporučeny z důvodu možných srdečních komplikací. Sestry ADP pravidelně pacientce DK bandážují.

7. Kontrola tělesné teploty

Subjektivně: Pacientka udává, že tělesnou teplotu si měří pouze při nachlazení a to v axile. Udává, že netrpí na zvýšenou tělesnou teplotu. V místnosti má raději chladnější teplotu. Při procházkách venku umí odhadnout, jak se obléci, aby jí nebyla zima.

Objektivně: Pacientka má hodnoty tělesné teploty v normě. Je schopná se vhodně obléknout v souvislosti venkovním teplotám.

8. Pohyb

Subjektivně: Pacientka se pohybuje pomocí elektrického vozíku venku a po bytě pomocí mechanického vozíku. Bez cizí pomoci se dokáže přesunout z lůžka na vozík a zpět. Pacientka udává parestézie na DK i HK. Občas spasmy a křeče DK.

Objektivně: Pacientka je v pohybu odkázaná na invalidní vozík. Spolu s fyzioterapeutkou je schopna vydržet ve stoji a ve vysokém chodítku a udělat pár kroků po bytě. V DK spastická paréza středního stupně, částečně zachována aktivní pohyblivost, ale nižší cití. U HK je zhoršená jemná motorika.

9. Práce a hry

Subjektivně: Pacientka udává velké množství koníčků. „Zúčastňuji se sportovních činností např. střelba v Plzni-Lobzích, sportovní hry v Praze, atletických závodů, kulturních akcí

pro Rosku, rekondičních pobytů, využívám rehabilitačních pobytů v Třemošné u Plzně. Jezdím na fotbal s vnukem, na hokej s přáteli vozíčkáři. Snažím se pomáhat v rámci Charity. Pracuji ve výboru VoP a MO STP Plzeň-město, kde zastupuji vozíčkáře. Mám na starosti sociální politiku. V Rosce mám na starosti téměř 20 let kroniku. Chodím do škol na besedy s vozíčkáři. Ráda luštím křížovky, fotografuji různé akce, píše do deníku Rosky a Vozky. Organizuji akce a sportovní pobyty v Exodu Třemošná a chystám se na rekondici VoP ve Vráži u Písku.“

Objektivně: Pacientka je přes své postižení v pohybu soběstačná a velmi aktivní. Rodina ji v jejích aktivitách velmi podporuje a pomáhá.

10. Projevy sexuality

Subjektivně: Pacientka proděla tři fyziologické porody a jeden potrat. Dle svých slov je stále sexuálně aktivní. V posledních letech díky inkontinenci pocíťuje změnu v sexuálním vztahu, ale společně s přítelem ji zvládají. Antikoncepci neužívá. Menstruaci již nemá.

Objektivně: Pacientka žije v harmonickém vztahu s přítelem. Prodělala tři fyziologické porody a jeden potrat. Nyní je po klimakteriu.

11. Spánek

Subjektivně: Pacientka udává občasné potíže se spánkem. V noci se budí 2x za noc. Ráno vstává mezi 4. a 5. hodinou ranní a většinou se cítí odpočatá. Někdy si však musí odpočinout i spánkem přes den. Spí v poloze na zádech. Rituál před spaním neguje.

Objektivně: Pacientka působí odpočatě, nemá kruhy pod očima, medikaci na spaní neužívá.

12. Umírání

Subjektivně: Pacientka udává, že o smrti někdy přemýšlí, ale nepřipouští si ji moc brzy. Není žádného náboženského vyznání. Potřebu intervence psychologa do budoucna nevyklučuje.

Objektivně: Pacientka neverbalizuje strach ze smrti. O umírání mluví jako o jistotě všech lidí na světě bez výjimky.

7.7 Fyzikální vyšetření pacientky

Fyzikální vyšetření provedeno dne 15. 12. 2016

TK: 135/65 mmHg

P: 72/min

D: 15/min

Hmotnost: 91kg

Výška: 166cm

Hodnocení vědomí: Pacientka je plně orientovaná časem, místem, osobou i situací, bez kvalitativní i kvantitativní poruchy vědomí. Pacientka rozumí pokládaným otázkám, vyjadřuje se verbálně. Mluví česky, hovorově. Řeč je srozumitelná, odpovědi přiléhavé. Pacientka spolupracuje velmi dobře.

Psychický stav: Pacientka je dobře naladěná. Je velmi komunikativní. Cítí se dle jejích slov dobře.

Hlava: Normální barva kůže, poklep, pohnat nebolestivý, uši, nos a ústa bez patologie

Krk: bez patologie

Hrudník: symetrické dýchání bez vedlejších poslechových fenoménů

Břicho: na pohmat měkké, nebolestivé

HK: porucha jemné motoriky obou HK, více PHK.

DK: DK značné otoky okolo kotníků, drobné varixy, paréza DK více vpravo.

Chůze, stoj, sed, přesuny: chůzi a stoj samostatně nezvládne, pouze za dopomoci druhé osoby a kompenzačních pomůcek – žebřiny, vysoké chodítko, sed a přesuny zvládá samostatně nebo s lehkou dopomocí

Kompenzační pomůcky:

Brýle na čtení

Elektrický invalidní vozík

Mechanický vozík
Vysoké chodítko
Sedačka ve sprše
Ortopedické sandály

Hodnocení dle použitých škál:

Bartelův test základních všedních činností – 75 bodů-lehká závislost
Hodnocení rizika pádů – 6 bodů vysoké riziko pádu
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 23 bodů střední riziko vzniku dekubitů
Numerická škála bolesti – občasná bolest intenzity 3-5
Beckova sebeposuzovací stupnice deprese – 6 bodů – norma bez deprese
Body Mass Index – 33 obezita středního stupně
Kurtzkeho stupnice postižení - 6 – omezená hybnost s pomocí invalidního vozíku, přesuny zvládá samostatně

7.8 Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče byl pro pacientku sestaven v agentuře domácí péče Soukromá ošetrovatelská péče Plzeň dne 15. 12. 2016, hodnocení efektivity ošetrovatelského plánu 10. 1. 2017.

7.8.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s poruchou jemné motoriky HK projevující se

Subjektivně: Pacientka si stěžuje, že si nedokáže zapnout knoflíky či zavázat tkaničky.

Objektivně: Pacientka se značnou část činností spojené s oblékáním snaží zvládat samostatně. Potřebuje dopomoci jen v detailech, jako je zapnout knoflíky, zavázat boty a podobně. V DK pouze zbytková aktivní pohyblivost, v HK snížená jemná motorika více vpravo.

Očekávané výsledky:

Pacientka při oblékání dosahuje co největší možné míry samostatnosti.

Pacientka má zabezpečenou pomoc při oblékání.

Pacientka se naučí při oblékání více zapojovat levou ruku.

Pacientka je čistě oblečena a upravena.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistí činnosti, které pacientka zvládne sama.

Ukaž pacientce, jak si může při oblékání dopomoc levou rukou.

Pomáhej pacientce v oblékání.

Navrhni pacientce používat druhy oděvu a obuvi, kde není nutno tolik využívat jemnou motoriku – suché zipy a podobně.

Dej pacientce dostatek času, aby se mohla do oblékání dle svých možností zapojit.

Motivuj pacientku ke spolupráci a pochval ji při úspěchu.

Při oblékání s pacientkou aktivně komunikuj.

Doporuč cviky na procvičování jemné motoriky.

Snaž se zapojit rodinu.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka zvládá oblékání s minimální pomocí druhé osoby a má radost ze své úrovně samostatnosti. Rodina se v této oblasti aktivně zapojila a dokoupila pacientce oděvy a obuv, která je pro ni snazší na manipulaci.

2. 00108 Deficit sebekpěče při koupání z důvodu zhoršené jemné motoriky HK a parézou DK projevující sníženou celkovou pohyblivostí

Subjektivně: Osobní hygienu zvládá pacientka samostatně, vyžaduje dopomoc při sprchování a mytí hlavy.

Objektivně: Pacientka z důvodu zhoršené mobility potřebuje dopomoc při přesunu do sprchového koutu a při mytí hlavy. Ostatní úkony hygieny zvládá samostatně.

Cíl: Pacientka se bude aktivně podílet na vykonávání hygieny dle svých možností.

Pacientka se cítit svěže po vykonání hygieny a bude mít radost ze svých úspěchů.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistí schopnosti, které pacientka zvládne sama.

Ukaž pacientce, jak může bezpečně přesunout do sprchového koutu.

Připrav pacientce všechny pomůcky na dosah ruky.

Komunikuj s pacientkou a pozitivně ji motivuj.

S úkony, na které nestačí, jí pomoz.

Snaž se zapojit rodinu.

Za snahu pacientku pochval.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka přesuny do sprchového koutu zvládá jen s minimální dopomocí druhé osoby. Snaží se vykonávat hygienu zcela samostatně. Má radost ze svých úspěchů. Rodina se do hygieny pacientky aktivně zapojuje a je jí velmi nápomocná.

3. 00102 Deficit sebezpečí při jídle z důvodu zhoršené jemné motoriky HK projevující se zhoršenou schopností připravit si jídlo

Subjektivně: Pacientka se cítí velmi nešikovná při přípravě jídla nebo při drobných domácích pracích, jako například umývání nádobí. Stravovat se zvládá samostatně, jen potřebuje nakrájet některé části pokrmu jako maso a podobně.

Objektivně: Pacientka je schopna si samostatně připravit jídlo, ale s některými činnostmi jako například krájení, loupání zeleniny a podobně potřebuje dopomoc druhé osoby. Pokud je jídlo připraveno, je schopna se samostatně najíst. Při jídle častěji používá lžici než příbor. Při pití upřednostňuje používat brčko.

Očekávané výsledky:

Pacientka je schopna se najíst samostatně.

Pacientka dodržuje pitný režim a pravidelný stravovací režim.

Pacientka se necítí provinile při projevech zhoršené jemné motoriky.

Při přípravě jídla pomáhá pacientce rodina.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistí schopnosti, které pacientka zvládne sama.

Zajisti pravidelný stravovací a pitný režim.

Pozitivně pacientku motivuj v samostatnosti při přípravě jídla.

Za snahu pacientku pochval, při neúspěchu ji povzbuzuj.

Začleň aktivně rodinu.

Hrnek s pitím opatři brčkem.

Při přípravě jídla pacientku zapojuj dle jejích možností.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka se snaží aktivně zapojovat do přípravy jídla a má radost z každého úspěchu.

Zná vhodný stravovací a pitný režim a dodržuje ho.

Při přípravě jídla se s pacientkou aktivně zapojuje rodina.

4. 00019 Urgentní inkontinence z důvodu hyperaktivního močového měchýře projevující se častou potřebou močit

Subjektivně: Pacientka udává pocit častého nucení na močení cca každou hodinu. Někdy se nestihne dopravit na toaletu včas, a proto používá inkontinenční pomůcky. V poslední době jí to hodně ovlivnilo sexuální život a je z toho smutná.

Objektivně: Pacientka trpí urgentní inkontinencí, používá inkontinentní pomůcky.

Očekávané výsledky:

Pacientka má zajištěno dostatečné množství soukromí, klidu a času na vyprázdnění.

Pacientka zná příčiny svých potíží.

Rodina je edukována o důvodech potíží pacientky, chápe je a je motivována k psychické podpoře pacientky.

Pacientka má zajištěny vhodné inkontinenční pomůcky a v dostatečném množství.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Bartelova testu.

Zjistí schopnosti, které pacientka zvládne sama.

Zajisti pacientce při vyprazdňování klid, soukromí a dostatek času.

Edukuj pacientku v důležitosti důkladné hygieny po vyprázdnění.

Vysvětli pacientce příčiny její inkontinence a snaž se ji podpořit se tím vyrovnat.

Pouč rodinu o potížích pacientky a jejich příčinách a snaž se ji motivovat k psychické podpoře pacientky.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka v poslední době neprodělala močovou infekci. Rodina pacientku psychicky podporuje. Pacientka používá inkontinentní pomůcky a nepocit'uje již tolik studu za svoji inkontinenci.

5. 00011 Zácpa související s poruchou mobility projevující se obtížným vyprazdňováním stolice

Subjektivně: Pacientka udává pocit tlaku v břiše a plnosti v konečniku. Chtěla by se vyprázdnit.

Objektivně: Pacientka má sníženou frekvenci vyprazdňování stolice, poslední stolice před 3 dny. Pitný režim pacientka nedodržíuje.

Očekávané výsledky:

Pacientka se vyprázdnila.

Pacientka nepocítuje bolesti břicha.

Potraviny zná potraviny bohaté na vlákninu.

Pacientka je informována o škodlivosti nadužívání laxancií.

Pacientce se upraví frekvence vyprazdňování stolice.

Pacientka dodržíuje správný stravovací a pitný režim.

Pacientka netrpí bolestí břicha a pocitem tlaku v konečniku.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí dobu trvání obtíží, a kdy byla pacientka na poslední stolici.

Zajisti pacientce intimitu při vyprazdňování.

Pouč pacientku a zajisti fyziologickou polohu při vyprazdňování.

Zajisti fyzioterapii zaměřenou na podporu defekace.

Zajisti u pacientky v jídelníčku dostatek vlákniny a příjem dostatečného množství tekutin.

Sleduj pitný a stravovací režim pacientky.

Buď trpělivá a empatická.

Zajisti pacientce dostatečnou hygienu po vyprázdnění.

Ukaž pacientce vhodné cviky na podporu střevní peristaltiky.

Dle ordinace lékaře podávej léky podporující vyprazdňování stolice.

Dle potřeby a ordinace lékaře podej klyzma.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Pacientka se vyprázdnila. Neudává pocit plnosti ani bolesti břicha. Pacientka má snahu o změnu stravovacího a pitného režimu a zná potraviny, které jsou bohaté na vlákninu. Pacientka zná a umí používat cviky na podporu střevní peristaltiky. Frekvence vyprazdňování stolice se postupně upravuje do normálu.

6. 00133 Chronická bolest LS páteře a DK související s onemocněním roztroušená skleróza projevující se verbálním vyjádřením pacientky

Subjektivně: Pacientka si stěžuje na bolest v oblasti LS páteře, nejvíce při přesunech na invalidní vozík. Bolesti verbalizuje také v DK.

Objektivně: DK se silnými otoky okolo kotníků. Pacientka slovně vyjadřuje bolestivé pocity v LS páteři.

Očekávané výsledky:

Snížit a zmírnit bolest.

Snažit se odstranit vyvolávající příčinu.

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti. Pacientka je schopna sledovat bolest s použitím naučených dovedností.

Pacientka zná úlevovou polohu při bolesti.

Bolest neruší spánek pacientky.

U pacientky je zajištěna co nejlepší kvalita života.

Ošetrovatelské intervence:

Posuď bolest – lokalizace, charakter, intenzita, nástup, trvání, závislost.

Snaž se posoudit vegetativní projevy bolesti – puls, krevní tlak, dech, pocení, dilatace zornic.

Proveď záznam na stupnici bolesti.

Nauč pacientku zaujmout úlevovou polohu, případně ji pomoz polohu zaujmout.

Nauč rodinu zaujmout úlevovou polohu pacientky.

Využij vhodné fyzioterapie k zmírnění bolesti.

Akceptuj vyjádření pacientky o její bolesti.

Pravidelně prováděj pacientce kompresní bandáže DK pod kolena.

V případě potřeby podávej analgetika dle ordinace lékaře.

Usiluj spolu s pacientkou o prevenci bolesti.

Hodnocení:

Pacientka zná a umí zaujmout úlevovou polohu při bolesti. Pacientka zná příčiny bolesti a umí svoji bolest sledovat. Po podání analgetik pociťuje úlevu o 3 stupně na numerické škále bolesti.

7. 00095 Porušený spánek související se špatnou pohyblivostí projevující se častým buzením

Subjektivně: Pacientka udává, že se v noci 2x vzbudí

Objektivně: Pacientka verbalizuje přerušovaný spánek, vypadá unaveně.

Očekávané výsledky:

Pacientka má zlepšenou kvalitu spánku.

Pacientka se po spánku cítí odpočatě.

Ošetřovatelské intervence:

Zjistí, zda má pacientka před spánkem rituály či návyky.

Edukuj pacientku a rodinu před spánkem v místnosti vyvětrat a zajistit klidné a pohodlné prostředí.

Eliminuj u pacientky konzumaci nepatřičných potravin a pití před spánkem.

Umožni pacientce, aby mohla volně hovořit o svých problémech.

Dle potřeby podej medikaci dle ordinace lékaře.

Hodnocení: U pacientky došlo ke zkvalitnění spánku, cítí se po něm odpočatá.

8. 00148 Strach související s nejistotou z budoucnosti

Subjektivně: Pacientka o budoucnosti přemýšlí většinou pozitivně, někdy však připouští negativní myšleny a strach z budoucnosti

Objektivně: Při rozhovoru o budoucnosti je pacientka smutná a verbalizuje strach.

Očekávané výsledky:

Pacientka je schopna volně mluvit o svých obavách, starostech i strach z budoucnosti.

Pacientka zvládá relaxační techniky, kterými se snaží eliminovat svůj strach.

Ošetřovatelské intervence:

Snaž se navázat terapeutický vztah založený na důvěře.

Motivuj pacientku, aby volně mluvila o svém strachu.

Dej pacientce dostatek informací dle svých kompetencí o jejích možnostech do budoucnosti.

Nauč pacientku relaxační techniky, které ji odpoutají od jejích obav a strachu.

Zapoj rodinu do podpory pacientky.

Hodnocení: Pacientka je schopná o své strachu volně mluvit. Zvládá relaxační techniky a používá je. Stále pociťuje obavy z budoucnosti, ale již umí se svým strachem pracovat.

7.8.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. 00118 Riziko narušeného obrazu těla související s postupnou invalidizací

Očekávané výsledky:

Pacientka se netrpí narušeným obrazem těla, má dobrou náladu, netrpí depresí.

Ošetrovatelské intervence:

Snaž se navázat s pacientkou vztah založený na důvěře.

Otevřeně s pacientkou komunikuj o jejích pocitech, obavách, starostech a potřebách.

Vysvětli jaké má možnosti do budoucna.

Věnuj pacientce dostatek času a pozitivně ji motivuj.

Aktivně pacientku podporuj v setkávání se stejně nemocnými lidmi sdružení Roska.

Zapoj rodinu do motivace a podpory pacientky.

Hodnocení: Pacientka chápe svoji nemoc a postižení, které ji vyvolává. Snaží se aktivně adaptovat na svoji nemoc.

2. 00047 Riziko narušení integrity kůže z důvodu zhoršené mobility

Očekávané výsledky:

U pacientky nedojde k narušení integrity kůže.

Pokožka pacientky je čistá, bez defektů a dekubitů. Pacientka má pokožku dostatečně hydratovanou a prokrvenou.

Ošetrovatelské intervence:

Pravidelně kontroluj stav kůže, především na predilekčních místech.

Zajisti pravidelnou a důkladnou hygienu celého těla.

Pravidelně prováděj s pacientkou fyzioterapii.

Pravidelně pacientce prováděj masáže na prokrvení rizikových míst.

Zabraň působení nadměrného tlaku na predilekčních místech používáním antidekubitálních pomůcek.

Zajisti, aby pacientka měla čisté lůžko i osobní prádlo.

Vše pečlivě zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka má čistou pokožku, bez defektů.

3. 00155 Riziko pádů z důvodu omezené mobility

Očekávané výsledky:

U pacientky nedojde k pádu.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti potřebné pomůcky pro bezpečnost pacientky.

Nacvič s pacientkou bezpečné přesuny na invalidní vozík.

Při přesunech na invalidní vozík edukuj pacientku, aby nikdy nepřeceňovala svoje síly.

Edukuj a pouč rodinu o vhodné úpravě bytu a lůžka pacientky.

Zapoj rodinu do péče o pacientku.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k pádu. Rodina aktivně zapojena do zajištění bezpečnosti pacientky.

Cvičební jednotka

Cvičební jednotka je součástí domácí péče o pacientku. K pacientce 3x týdně dochází fyzioterapeutka a provádí rehabilitace dle aktuální cvičební jednotky. Cvičební jednotku sestaví fyzioterapeutka aktuálně vždy na měsíc, ale může ji upravovat dle momentálního zdravotního stavu pacientky. Pacientka se snaží cvičit dle instruktáže i samostatně. Do cvičení se zapojuje aktivně. Rehabilitační cvičení se skládá vždy ze tří částí: úvodní zahřívací část, hlavní dynamická část aerobního charakteru a závěrečná uvolňovací a relaxační.

Vlastní cvičební jednotka – aktualizovaná pro pacientku dne 15. 12. 2016

Úvod:

1. Protahování svalů horních končetin: aktivní pokrčení a natažení prstů, kroužení v zápěstí, pokrčení a natažení loktů, přetáčení předloktí do supinace a pronace
2. Pacientka se chytne za předloktí, vzpažuje, krouží oběma směry, překlápí. Cvičení HK v diagonálách.
3. Protahování svalů DK: aktivní s dopomocí, pasivní vleže na zádech

Hlavní část:

1. Pacientka v poloze lehu na zádech: kroužení DK v hleznu na obě strany, vtáčení špiček dovnitř a ven, krčí a natahuje prsty nohou, přitahuje a propíná špičky.
2. Vleže na zádech: pokrčení a natažení kolen, unožování DK do stran - abdukce kyčelního kloubu, jízda na kole jednou DK.
3. Pacientka stále vleže na zádech, DK natažené nebo pokrčené v kolenou na míči. HK zvedá podél těla 5-7x, zvedá pánev nad podložku 5-7x.
4. Aktivní, izometrické posilování svalů břicha.
5. V sedu posilování svalů HK: aktivní s dopomocí, posilování se zátěží.
6. Měkké techniky, míčkování a léčebná masáž zad při bolestech
7. Posílení mezilopatkových svalů zad v poloze na břiše.
8. Návčik stoje se speciální pomůckou, u vysokého chodítka návčik chůze po bytě cca 10 metrů.
9. Návčik stability: ve stoje u žebřin a na velkém míči: přenášení váhy z nohy na nohu, naklánění do stran, zvedání jedné nohy s výdrží.

Závěrečná část:

1. Postizometrická relaxace prsních svalů
2. Měkké techniky plosek nohou a aktivace svalů chodidel
3. Dechová gymnastika: trénink břišního a hrudního dýchání, hluboký nádech, přidržení a pozvolné vydechnutí, zvyšování vitální kapacity plic.

7.8.3 Edukační plán

Účel: Edukace pacientky o správné životosprávě a nutnosti redukce dosavadní hmotnosti.

Cíl: Pacientka bude mít dostatek informací o vhodné životosprávě a o škodlivosti nezdravé výživy. Pacientka zredukuje svoji dosavadní hmotnost.

Specifický cíl v oblasti kognitivní:

Pacientka porozumí důležitosti vhodného a zdravého stravování.

Hlavní body plánu: Pacientce poskytnu informace o složení jednotlivých potravin. Poukážu na škodlivost potravin, které má zatím ještě zařazené ve svém jídelníčku. Vysvětlím zásady zdravého stravování.

Metoda prezentace: přednáška, rozhovor

Časová dotace: 30 minut

Pomůcky: letáky, brožury, literatura

Hodnocení: Pacientka má dostatek informací o vhodných a nevhodných potravinách, zná zásady zdravého stravování.

Specifický cíl v oblasti afektivní:

Pacientka bude chtít změnit svoje dosavadní stravovací návyky.

Hlavní body plánu: Vyzvat pacientku, aby vyjádřila své pocity a názory na navrhovaný stravovací režim.

Metoda prezentace: diskuse

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka má dostatek informací, vyjádřila své pocity a je odhodlaná stravovací a pitný režim změnit.

Specifický cíl v oblasti psychomotorické:

Pacientka si bude umět správně zvážit porci jídla a sestavit jídelníček

Hlavní body plánu: Ukázka manipulace s váhou a přípravy jídelníčku

metoda prezentace: diskuse

Časová dotace: 20 minut

Hodnocení: Pacientka si umí zvážit porce jídla a sestavit jídelníček z vhodných potravin.

Hodnocení efektivity edukace

10. 1. 2016

Pacientka si osvojila zásady zdravého stravování. Zaznamenala úbytek na váze o 1,5kg, cítí se lépe, netrpí zácpou a celkově se cítí dobře.

DISKUSE

Jako téma bakalářské práce jsme si vybrali problematiku pacientů s onemocněním roztroušená skleróza jednak proto, že pacientů s tímto onemocněním velmi přibývá a to především v produktivním věku, ale i proto, abychom ukázali, jak individuálně mohou pacienti nemoc prožívat, bojovat s ní a přizpůsobovat se jí. Chtěli jsme dále prezentovat také možnosti pacientů s tímto onemocněním v případech, kdy se k nemoci postaví aktivně a mají oporu v rodině, přátelích a rodinném zázemí, nebo naopak zůstanou na nemoc sami, bez podpory svých nejbližších, pouze se svým strachem, beznadějí a potížemi, které bezesporu jsou u onemocnění roztroušená skleróza značné.

Jelikož se toto onemocnění léčí ve větší míře ambulantně a v domácím prostředí, měli jsme vůli v práci představit i možnosti domácí péče, která v České republice v posledních letech dostává stále více prostoru. Je to služba, která nejen státní pokladně šetří peníze na výdajích spojených s hospitalizací, ale především pacientům zajišťuje léčení jejich nemocí v pro ně nejpřirozenějším prostředí, a to doma mezi svými blízkými. Samozřejmě existují případy, kdy nelze domácí péči u pacientů aplikovat z důvodu zdravotního stavu, který vyžaduje jednoznačně pouze hospitalizaci, nebo rodinné prostředí není natolik vhodné, aby byla i přes nejlepší možnou snahu ze strany agentury domácí péče zajištěna kompletní a hlavně bezpečná zdravotní i ošetrovatelská péče o pacienta. Domácí péče nemůže v žádném případě suplovat rodinu, a proto spolupráce rodiny je pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče velmi důležitá a nebojíme se říct, že i v mnoha případech zásadní.

Právě téma rodiny a jejího vlivu jsme zvolili do hlavního cíle naší práce. Chtěli jsme poukázat na důležitost zapojení rodiny do kompletní ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou v domácím prostředí a nezastupitelný pozitivní vliv rodiny na průběh nemoci a boj pacienta s ní. Dále jsme si stanovili výzkumné otázky, na které jsme pomocí vytvoření dvou kazuistik chtěli odpovědět.

Ke kazuistickému šetření jsme si vybrali dvě pacientky, ženy, které mají přibližně stejně dlouhou dobu diagnostikovanou sekundárně progresivní formu roztroušené sklerózy. Obě před stanovením diagnózy žily aktivní, spokojený život. Obě kazuistiky umožňují úplnější pohled do problematiky pacientů s roztroušenou sklerózou. Aplikovali jsme

metodu ošetrovatelského procesu, která nám skýtá možnost podrobně zmapovat všechny možné problémové oblasti v životě pacienta.

Důležité bylo zvolit vhodný ošetrovatelský model, kterým jsme získali dostatek informací subjektivního vnímání jednotlivých oblastí samotným pacientem. Pro bakalářskou práci jsme použili model Nancy Roperové, který vychází ze životních aktivit pacienta, pomocí kterého jsme zjistili mimo jiné i míru soběstačnosti a sebezpečí jednotlivých pacientek.

V první kazuistice je pacientka v boji s nemocí odkázána především sama na sebe. Rodina se do péče zapojuje velmi málo a hlavně pasivně. Pacientka trpí častými depresemi, beznadějí, čas tráví především doma, nerada se stýká s lidmi. Za dobu docházení sester a fyzioterapeutky agentury domácí péče se její psychický stav mírně zlepšil. Pacientka si obzvláště s fyzioterapeutkou vytvořila terapeutický vztah, založený na důvěře, který ji velmi prospívá nejen po fyzické, ale hlavně psychické stránce. Díky působení pracovníků domácí péče na rodinu se i přístup manžela, ale zejména syna oproti dřívější době lehce zlepšil. Jak už již bylo uvedeno, agentura domácí péče nemůže suplovat rodinu, ale může přispět k tomu, aby rodině mnohdy pomohla najít cestu, jak pacientovi pomoci. V tomto případě pacientce hrozilo umístění v ústavním zařízení a nyní to vypadá, že zůstane v domácím prostředí, rodina pomáhá sice pasivně, ale zajistila, že pacientka bude mít k sobě velkého pomocníka a přítele v jednom a to asistenčního psa Brita. Přítomnost a existence někoho blízkého a oddaného je velmi důležité pro další boj pacientky s její vážnou nemocí.

V druhé kazuistice má pacientka rodinné zázemí velmi dobré. S diagnózou se zde pacientka nepere sama. I přesto že během nemoci prošla velmi těžkým obdobím, umřel jí manžel, dokázala a podle svých vlastních slov hlavně díky rodině a přátelům neztrácet víru v budoucnost a aktivní život i s vážnou nemocí. Pacientka se angažuje ve sdružení Roska, kde již 20 let píše kroniku, aktivně vyhledává informace o své nemoci i na mezinárodní úrovni, setkává se i s jinak postiženými lidmi, zúčastňuje se sportovních soutěží pro vozíčkáře. Žije spokojeným partnerským životem se starostmi a radostmi, které přináší všední život. Aktivně plní i roli babičky a se svým vnukem tráví spoustu volného času. Zásluhou fungující rodiny má své domácí prostředí postupně přizpůsobováno přibývajícím postižením, aby se cítila bezpečně a nebyla omezována v pohybu. Je tak

podporována v zachování co nejvyšší možné míry soběstačnosti. I přes svou vážnou nemoc nezapomíná myslet na jiné lidi a zapojuje se do charitativních projektů.

Každý pacient se musí srovnat s faktem, že roztroušená skleróza je nemoc nevléčitelná, ale pouze ovlivnitelná a působí na veškeré komponenty skladby osobnosti. V adaptaci a vyrovnání se s touto nemocí je podle našeho názoru zásadní rodina a nejbližší přátelé. Eva Tesařová ve své bakalářské práci *Život s roztroušenou sklerózou* dává hlavní podíl v adaptaci na nemoc ve vlastním postoji k nemoci a životu samotného pacienta. Souhlasíme, že je velmi důležitý, ale bez milující rodiny a zázemí by to bylo málo a pro pacienta nesrovnatelně těžší. To dokazuje i případ pacientky v naší první kazuistice. Pacientka měla chuť po stanovení diagnózy s nemocí bojovat, snažila si udržet aktivní život, získávat dostatek informací, ale díky velké nepodpoře a nepochopení, až zahořknutí ze strany rodiny rezignovala a stále víc se ponořovala do své deprese a beznaděje. Proto porovnání dvou pacientek s rozdílným rodinným prostředím nám dává stále větší jistotu se domnívat, jak velmi důležitou roli u pacientů s roztroušenou sklerózou rodina hraje.

Petr Lenský ve své knize *Roztroušená skleróza mozkomíšni – nemoc, nemocný a jeho problémy* z roku 1996 také udává, že je důležité, aby pacient s roztroušenou sklerózou zůstal plnoprávným členem rodiny, neopomíjeným partnerem, i když se rodinného života se všemi jeho radostmi, starostmi i běžnými maličkostmi účastní někdy jen staticky a okrajově. Podle něj není nutné pacienta chránit před nepříjemnými zprávami neupřímností a lhaním, ale laskavým a citlivým přístupem rodiny lze střetnutí s pravdou pacientovi ulehčit a pomoci mu se s ní vyrovnat.

Velmi výstižně popisuje vliv rodiny na pacienta s roztroušenou sklerózou Alexandr Burnifield ve své knize *Můj život s ereskou* z roku 1998. Alexandr Burnifield, který byl psychiatr a sám nemocí roztroušená skleróza onemocněl, velmi upřímně popisuje pocity a problémy pacientů, jak ze strany lékaře, tak ze strany samotného pacienta. V knize uvádí, že bez jeho výjimečné rodiny by jistě nežil životem, který i přes tak vážnou nemoc jakou roztroušená skleróza rozhodně je, byl šťastným, plným lásky a radostí.

Dílčím cílem práce bylo ukázat přínosy domácí péče o pacienty s diagnózou roztroušená skleróza. V práci jsme prezentovali, že domácí péče může u pacienta zajistit vhodnou a individuální fyzioterapii přesně zaměřenou na jeho potíže. Sestry agentury domácí péče zajišťují kompletní ošetrovatelskou péči pomocí metody ošetrovatelského

procesu zaměřenou na individuální bio-psycho-sociální i spirituální potřeby pacienta. Vhodnou edukací pacienta i jeho rodiny jsou schopné zajistit vytvoření nejen, co nejpřirozenějšího prostředí pro léčbu, ale i dodržování vhodného léčebného režimu, který je pro pacienta velmi důležitý. Přítomnost a profesionalita pracovníků agentury domácí péče může přinést do rodiny sužované nemocí nejen klid, ale i optimismus do budoucnosti a sílu s nemocí bojovat a nevzdávat se. Agentura domácí péče úzce spolupracuje i se sociálními službami, které mohou rodině v mnoha případech také velmi pomoci.

Jedním z dalších dílčích cílů práce bylo zformovat podklad pro vytvoření standardního plánu komplexní ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou pro agenturu domácí péče Soukromá ošetrovatelská péče Plzeň. Problémy a potřeby pacientů s onemocněním roztroušená skleróza jsou mnohdy velmi individuální, ale jak nám obě kazuistiky ukázaly, tak ve spoustě oblastech se mohou značně podobat, a tak se péče může opírat o standardní plán, který může v poskytování kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče sestřám a fyzioterapeutkám agentury domácí péče pomoci. V neposlední řadě jsme bakalářskou prací chtěli umožnit pohled do problematiky pacientů s roztroušenou sklerózou a jejich specifických ošetrovatelských problémů a potřeb v domácím prostředí. V teoretické části jsme popsali nemoc z hlediska její historie, vzniku, klinického obrazu, diagnostiky a léčby. Ukázali specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou, jejich problémy a potřeby. Nastínili jsme organizaci a fungování domácí péče v České republice a tím jsme splnili i další vytyčený dílčí cíl bakalářské práce.

Zároveň na všechny výzkumné otázky, které jsme si v práci stanovili, jsme získali jednoznačnou odpověď. *Je aktivní a pozitivní přístup rodiny v péči o pacienty s RS v domácím prostředí zásadní? Rozhodně ano. Má kvalitní domácí péče přínos pro pacienty s RS? I na tu otázku musíme odpovědět kladně. Je schopna agentura domácí péče zcela zastoupit roli rodinu v péči o pacienta s RS? Zde byly podány jasné důkazy, že agentura domácí péče není schopna zastoupit rodinu, ale zároveň může být velmi důležitou formou pomoci k lepšímu zvládnutí pacientovy těžké situace. Jaké bio-psycho-sociální potřeby má pacient s RS?* Odpověď na poslední výzkumnou otázku jsme jednoznačně vyjádřili ve dvou zpracovaných kazuistikách a následně vypracovaných ošetrovatelských plánech.

ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou v domácí péči jsme se snažili v teoretické části do hloubky zmapovat nemoc z pohledu historie, vzniku, diagnostiky, klinického obrazu i léčby. Popsali jsme specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou a charakterizovali domácí péči, její organizaci a možnosti, které pacientům může nabídnout. V praktické části jsme se zaměřili na vytvoření dvou kazuistik pacientek přibližně stejného věku, se stejnou formou roztroušené sklerózy, ale s odlišným rodinným zázemím. Obě pacientky využívaly služeb agentury domácí péče. Zpracováním dvou kazuistik jsme chtěli poukázat na specifické ošetrovatelské problémy pacientů s roztroušenou sklerózou a jejich bio-psycho-sociální potřeby v domácím prostředí. Porovnáním obou pacientek jsme chtěli rozpoznat, jak důležitý je vliv rodiny na průběh nemoci a boj pacientů s ní. Na základě zjištění jsme došli k poznání, že dobré rodinné zázemí a přátelé jsou pro pacienty s roztroušenou sklerózou jedním ze stěžejních stabilizačních prvků, které v boji s touto závažnou nemocí pacientům nejen pomáhají, ale dodávají naději a víru v sebe samé.

Roztroušená skleróza je závažné degenerativní onemocnění, které mnohdy už mladé lidi v produktivním věku postupně invalidizuje. Je náročné se vyrovnávat s postupným fyzickým postižením, na které, vzhledem této závažné diagnóze, postupně nasedají i psychické problémy. Roztroušená skleróza je zatím onemocnění, které neumíme vyléčit, pouze zpomalit jeho průběh a ulehčovat pacientům od tíživých příznaků. Mezi pacienty je však mnoho úžasných lidí, kteří se nevzdávají a snaží se s touto nemocí nejen žít relativně normální život, ale i pomáhat ostatním pacientům, kteří nejsou dostatečně silní, a často jim chybí důležitá opora nejbližší rodiny. I díky psaní této práce jsme měli čest několik takových lidí poznat a i jako zdraví lidé se od nich hodně naučit.

Věříme, že naše práce bude přínosná nejen pro agentury domácí péče, ale i studenty, zdravotnické, sociální pracovníky i laiky, kteří se chtějí více dozvědět o této nemoci, nebo jim, či jejich blízkým život roztroušenou sklerózu do cesty postavil. Práce bude poskytnuta jako podklad pro vypracování standardního ošetrovatelského plánu pro pacienty s roztroušenou sklerózou v agentuře domácí péče Soukromá ošetrovatelská péče Plzeň a její obsah bude prezentován na interním semináři této agentury.

Závěrem bychom chtěli uvést motto nadace Klíček, kterou založili manželé Jiří a Markéta Královcovi a slouží na podporu dětských pacientů. Myslíme však, že vystihuje i mnoho pravdy pro pacienty s roztroušenou sklerózou a pro nás všechny, kteří jim chceme pomáhat.

„Nemůžeme přidat našemu životu jediný den, ale můžeme ke každému dni přidat radost, přátelství a lásku“

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

- 1) HAVRDOVÁ, Eva et at. *Roztroušená skleróza v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015. 161stran. ISBN 978-80-7492-189-6.
- 2) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely v ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006.150 s. Sestra. ISBN 80-247-1211-3.
- 3) ŘASOVÁ, Kamila. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšní)*. 1. vyd. Praha: Ceros, 2007. 135s. ISBN 978-80-239-9300-4.
- 4) SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4868-9-
- 5) FIEDLER, J. a kol. *Mezioborová péče o pacienty s Roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Salen, 2015. 68. s. ISBN 978-80-7471-119-0.
- 6) TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd.-dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 2010. ISBN 80-7013-324-4.
- 7) Postup při zajištění domácí péče. In: *Asociace domácí péče České republiky, o.s.* [online]. [cit. 8. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/575/postup-pri-zajisteni-dp/?=570>
- 8) Historie domácí zdravotní péče. In: *Asociace domácí péče České republiky, o. s.* [online]. [cit. 8. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/4811/histirie-domaci-zdravotni-pece>
- 9) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 10) HAVRDOVÁ, Eva a kol. *Roztroušená skleróza*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s. 2013. ISBN 978-80-204-3154-7.
- 11) ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. Vyd.[Hradec Králové]: Nucleus HK, 2003. 99. s. ISBN 80-86225-33-X.
- 12) 67th AAN Annual Meeting 18. – 25. dubna 2015, Washington DC, USA, *Výběr aktualit k problematice roztroušené sklerózy*. 1. vyd. Praha: AT Mediprint s.r.o. 2015. 16. s. ISBN 978-80-88044-09-3.
- 13) BURNFIELD, Alexander. *Můj život s „ereskou“*. Unie Roska v ČR- česká MS: edice Roska. 1998. ISBN 0-285-65019.

- 14) Zpráva ze symposia společnosti Genzyme, které se konalo dne 21.listopadu 2014 v rámci 28.českého a slovenského sjezdu v Ostravě, *Alemtuzumad a Teriflunomid – nové molekuly v léčbě roztroušené sklerózy na českém trhu*. AT Mediprint, s.r.o. 2015. ISBN 978-80-88044-04-8.
- 15) STEINEROVÁ, Anna, KOVÄRI, Martina. *Kompletní fyzioterapeutický pohled pro pacienty s roztroušenou sklerózou*.1.vyd. Brno: Grifart, 2012. ISBN 978-80-905337-0-7.
- 16) LENSKÝ, Petr. *Roztroušená skleróza mozkomíšni: nemoc, nemocný a jeho problémy*. In Unie Roska. 1996. 115s. ISBN neuvedeno.
- 17) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing a.s. 2002. 187s. ISBN 80-247-0179-0.
- 18) NANDA INTERNACIONAL. *Ošetřovatelské diagnózy 2012-2014*. Praha: GradaPublishing a.s.2013. 584s. ISBN 978-80-247-4328-8.
- 19) SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada publishing a.s. 2015. 384s. ISBN 278-80-247-5247-1.
- 20) TESAŘOVÁ, Eva. *Život s roztroušenou sklerózou*, Plzeň, 2015, Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Martina ŠELLINGOVÁ.
- 21) KNIPE, Henry. DAWES, Laughlin. *Demyelination*. [online]. [cit.25.1.2017] dostupné z: <https://radiopaedia.org/articles/demyelination>
- 22) GREENBERG, David A., AMINOFF, Michael J., SIMON Roger P. *Clinical neurology*. 8th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc.2012.400s. ISBN 978-0-07-175905-2.
- 23) Wikipedia. *Kurtzkeho stupnice postižení* [online]. [cit. 15.2.2017]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Kurtzkeho_stupnice_posti%C5%BEen%C3%AD
- 24) Wikipedia. *McDonaldova kitéria* [online]. [cit. 15.2.2017]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/McDonaldova_krit%C3%A9ria
- 25) CETLOVÁ, Lada. DRAHOŠOVÁ, Lenka. TOČÍKOVÁ, Irena. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese* [online]. Publikováno 2012 [cit. 15.2.2017]. Dostupné z: <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20%C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf>

SEZNAM ZKRATEK A CIZÍCH SLOV

Abduktor.....	sval, který provádí odtahovací funkce
Adduktor.....	sval, který provádí přitahovací funkce
Ataka.....	akutní vzplanutí nemoci
Ataxie	porucha koordinace pohybu
Atrofie.....	úbytek živé tkáně
Autoimunitní onemocnění	imunita imunitního organismu se zaměřuje na vlastní organismus a poškozuje ho
Autoreaktivní.....	reagující s vlastními buňkami či tkáněmi
BMI.....	body mass index, index tělesné hmotnosti
CNS	centrální nervový systém
Diplopie	dvojitě vidění
Dekubit	proleženina
Demyelinizace	poškození myelinových pochev nervového vlákna
Destrukce	zničení
Disabilita.....	neschopnost provádět určitou činnost
DK	dolní končetina
Dysfunkce.....	porušená funkce
Dysartrie	špatná artikulace
Dyestézie.....	porucha cití, pacient podnět cití neadekvátně
Dysfagie.....	obtížné polykání
Dysúrie	pálivá, řezavá bolest při močení
EB virus	virus Epstein-Barr
Edukace	vzdělávání
Enuréza	porucha schopnosti udržet moč
Epigenetický.....	mladší než geologické okolí
HK	horní končetina

Hyperstézie	zvýšená citlivost
Hypertonie	zvýšená tuhost a napětí svalů
Chemokiny	skupina cytokinů s chemotaktickým účinkem.
Imobilizace	znehybnění
Intenční třes	třes zesilující se na konci pohybu
Iritace	dráždění, posráždění
Kontraktura.....	stah svalového vlákna
Kognitivní.....	poznávací
LDK.....	levá dolní končetina
LHK	levá dolní končetina
Léze	poranění, poškození
Lymfocyt	bílá krvinka
Mikce	močení
MRI.....	magnetická rezonance
Myelin.....	ochranná vrstva nervových vláken, má bílkovinnou povahu
Neuralgie trigeminu.....	bolest trojklanného nervu
Neurorehabilitace.....	rehabilitace zaměřená na nervový systém
Nykturie	časté noční močení
Nystagmus	rytmicky kmitavý pohyb očních bulbů
Parestézie	nepříjemné pocity pálení, brnění či svědění kůže
Paréza.....	částečná ztráta hybnosti
PDK	pravá dolní končetina
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katétr
Plazmaferáza.....	je léčebný postup, při němž dojde k odebrání, léčbě a následnému navrácení krevní plazmy do krevního běhu
Polakysúrie	opakované močení malého množství moči

Progrese pokrok, vzestup, růst

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

Plaky sklerotická ložiska

Prognóza stanovení průběhu nemoci do budoucna

Progrese postup nemoci

Recidiva nemoci opakování nemoci

Relaps návrat aktivity nemoci

Remyelinizace znovuoobnovení myelinových pochev nervových vláken

RS roztroušená skleróza mozkomíšni

Sfinkter svěrač

Spasticita..... svalová křeč

Strangurie řezavá bolest při močení

TEP totální endoprotéza

Tremor třes

TK..... krevní tlak

TT tělesná teplota

Urgence..... naléhavé nucení

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Kurtzkeho stupnice postižení
- Příloha č. 2 McDonaldova diagnostická kritéria
- Příloha č. 3 Bartelův test základních všedních činností (ADL)
- Příloha č. 4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Příloha č. 5 Hodnocení rizika pádů
- Příloha č. 6 Beckova sebeposuzovací stupnice deprese
- Příloha č. 7 Body mass index
- Příloha č. 8 Informovaný souhlas pacienta 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 pomoci, soběstačnost
- 9 - zcela ležící, nesoběstačný, bezmocný
- 10 - úmrtí v důsledku RS

Zdroj: https://cs.wikipedia.org/wiki/Kurtzkeho_stupnice_posti%C5%BEn%C3%AD

Příloha č. 2

Mc Donaldova diagnostická kritéria

klinický obraz	doplňující údaje
<input type="checkbox"/> 2 či více atak <input type="checkbox"/> 2 či více objektivních známek lézí	<input type="checkbox"/> žádné, klinická symptomatika je dostačující
<input type="checkbox"/> 2 či více atak <input type="checkbox"/> 1 objektivní známka léze	<input type="checkbox"/> diseminace v prostoru na MR mozku, či <input type="checkbox"/> pozitivní mozkomíšní mok a 2 nebo více lézí na MR mozku kompatibilní s RS, či <input type="checkbox"/> další klinická ataka z jiného místa
<input type="checkbox"/> 1 ataka <input type="checkbox"/> 2 či více objektivních známek lézí	<input type="checkbox"/> diseminace v čase na MR mozku, či <input type="checkbox"/> druhá klinická ataka
<input type="checkbox"/> 1 ataka (monosymptomatická) <input type="checkbox"/> 1 objektivní známka léze	<input type="checkbox"/> diseminace v prostoru na MR mozku, či <input type="checkbox"/> pozitivní mozkomíšní mok a 2 nebo více lézí na MR mozku kompatibilních s RS a <input type="checkbox"/> diseminace v čase na MR mozku či <input type="checkbox"/> další klinická ataka z jiného místa
<input type="checkbox"/> 0 atak (primárně progresivní RS) <input type="checkbox"/> 1 objektivní známka léze	Jeden rok progresu nemoci a dva z následujících bodů: <input type="checkbox"/> pozitivní MR mozku (devět T2 lézí nebo čtyři a více T2 lézí s pozitivními evokovanými potenciály) <input type="checkbox"/> pozitivní MR míchy (dvě fokální T2 léze) <input type="checkbox"/> pozitivní lumbální punkce mozkomíšního moku

Zdroj: https://cs.wikipedia.org/wiki/McDonaldova_krit%C3%A9ria

Příloha č. 3

Bartelův test základních všedních činností (ADL)

ADL - activity daily living

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

Hodnocení stupně závislosti

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

Zdroj: <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A1%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf>

Příloha č. 4

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

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

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

Zdroj: <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf>

Příloha č. 5

Hodnocení rizika pádů

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

Zdroj: <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf>

Příloha č. 6

Beckova sebesuzovací stupnice deprese

1. Nálada	0	Nemám smutnou náladu
	1	Cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
	2	Jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
	3	Jsem tak smutný nebo nešťastný, že už to nemohu snést
2. Pesimismus	0	Do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
	1	Poněkud se obávám budoucnosti
	2	Vidím, že se už nemám na co těšit
	3	Vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
3. Pocit neúspěchu	0	Nemám pocit nějakého životního neúspěchu
	1	Mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
	2	Podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
	3	Vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal
4. Neuspokojení z činnosti	0	Nejsem nijak zvlášť nespokojený
	1	Nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
	2	Už mne netěší skoro vůbec nic
	3	Ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení
5. Vina	0	Necítím se nijak provinile
	1	Občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
	2	Mám trvalý pocit viny
	3	Ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk
6. Nenávisť k sobě samému	0	Necítím se zklamán sám sebou
	1	Zklamal jsem se sám v sobě
	2	Jsem dost znechucen sám sebou
	3	Nenávidím se
7. Myšlenky na sebevraždu	0	Vůbec mi nepřijde na mysl, že bych si měl něco udělat
	1	Mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
	2	Často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu
	3	Kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
8. Sociální izolace	0	Neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1	Mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2	Ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	Ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

9. Nerozhodnost	0	Dokážu se rozhodnout v běžných situacích
	1	Někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2	Rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	Vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10. Vlastní vzhled	0	Vypadám stejně jako dříve
	1	Mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	Mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11. Potíže při práci	0	Práce mi jde od ruky jako dříve
	1	Musím se nutit, když chci něco dělat
	2	Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	Nejsem schopen jakékoliv práce
12. Únavnost	0	Necítím se více unaven než obvykle
	1	Unavím se snáze než dříve
	2	Všechno mne unavuje
	3	Únava mne zabraňuje cokoli udělat
13. Nechutenství	0	Mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	Nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval
	2	Mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	Zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení

Hodnocení	0 - 8 eventuálně 9	Norma
	9 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

Zdroj: [http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-](http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf)

<http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf>

Příloha č. 7

Index tělesné hmotnosti (BMI)

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

Zdroj: <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf>

Příloha č. 8

Informovaný souhlas pacienta s výzkumem

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: