

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S
ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA HEJDUKOVÁ

Praha 2012

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA HEJDUKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH, RS

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Hejdková Petra
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta s roztroušenou sklerózou

Nursing Care of a Patient with Multiple Sclerosis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

HEJDUKOVÁ, Petra. *Ošetrovatelská péče u pacienta s roztroušenou sklerózou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D., MPH, RS. Praha 2012 .79 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s roztroušenou sklerózou. Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část práce podává základní informace o daném onemocnění. Popisuje historické poznatky týkající se roztroušené sklerózy, její patogenezi, výskyt, klinický obraz, průběh onemocnění, formy, prognózu a v neposlední řadě důležitost včasné diagnostiky a samozřejmě stále se vyvíjející léčbu.

Nejdůležitější je část praktická, která obsahuje kazuistiku pacientky s touto diagnózou, dále ošetrovatelský proces, jehož cílem je kvalitní ošetrovatelská péče uspokojující individuální potřeby pacientky.

V závěru hodnotíme výsledný efekt poskytnuté péče a z toho vyplývající závěry a doporučení.

Klíčová slova: Roztroušená skleróza. Ošetrovatelská péče. Patogeneze. Kazuistika. Ošetrovatelský proces.

ABSTRAKT

HEJDUKOVÁ, Petra. *Nursing care of a patient with multiple sclerosis*. Medical university. Level of expertise: Bachelor (Bc.).

Chief of work: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D., MPH, RS. Praha 2012. 79 pages.

Main theme of bachelor's work is the nursing care by a patient with multiple sclerosis. Work is divided into theoretical and practical part.

Theoretical part gives basic informations about this disease. Describes historical knowledges regarding multiple sclerosis, her pathogenesis, occurrence, clinical picture, course of the disease, forms, prognosis and last but not least the importance of early diagnosis and of course evolving treatment.

The most important is the practicaly part, which contains the casuistry of patient having this diagnosis, nursing process, whose intention is quality nursing care satisfying individual needs of patient.

In the conclusion evaluate we the resulting effect of provided care and conclusions and recommendations following from it.

Keywords: multiple sclerosis, nursing care, pathogenesis, casuistry, nursing process

PŘEDMLUVA

Předmětem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o nemocnou s roztroušenou sklerózou. Diagnóza roztroušená skleróza zasáhne nejen život pacienta, ale také jeho příbuzní a nejbližší okolí. Je třeba snažit se o ní vědět co nejvíce, abychom mohli nemocné usnadnit život a pochopit její nálady.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a zájmem o toto onemocnění. A ještě větší zájem o toto onemocnění stoupl, když mi během poměrně krátké doby diagnostikovali roztroušenou sklerózu v mém nejbližším okolí.

Společně s nimi jsem hledala potřebné informace a snažila jsem se je připravit na budoucnost.

Práce je určena studentům zdravotnických oborů a všeobecným sestřím z praxe, které se mohou ve své práci s tímto onemocněním setkat. A stejně i každému člověku, který bude mít zájem zjistit něco o této nemoci.

Podklady pro práci byly čerpány převážně z knižních pramenů a odborných časopisů zaměřující se konkrétně na dané onemocnění.

V neposlední řadě bych touto cestou chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové, PhD. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, podnětů, připomínek a také za trpělivost, laskavost a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	24
TEORETICKÁ ČÁST.....	25
1 Definice roztroušené sklerózy	25
1.1 Historie roztroušené sklerózy.....	25
2 Etiopatogeneze roztroušené sklerózy.....	27
2.1 Patofyziologie roztroušené sklerózy.....	27
2.2 Epidemiologie roztroušené sklerózy.....	28
2.3 Etiologie roztroušené sklerózy.....	28
2.4 Výskyt roztroušené sklerózy.....	29
2.5 Klinický obraz roztroušené sklerózy.....	29
2.6 Klinické příznaky roztroušené sklerózy.....	29
2.7 Komplikace roztroušené sklerózy.....	31
2.8 Průběh roztroušené sklerózy.....	31
2.9 Typy roztroušené sklerózy.....	31
2.10 Prognóza roztroušené sklerózy.....	32
3 Diagnostika roztroušené sklerózy.....	33
3.1 Klinické vyšetření roztroušené sklerózy.....	34
3.2 Magnetická rezonance.....	34
3.3 Vyšetření mozkomíšního moku.....	34
3.4 Evokované potenciály.....	35
3.5 Oční vyšetření.....	35
3.6 Imunologické vyšetření periferní krve.....	36
3.7 Diferenciální diagnostika roztroušené sklerózy.....	36
4 Léčba roztroušené sklerózy.....	36
4.1 Léčba akutní ataky roztroušené sklerózy.....	37
4.2 Dlouhodobá léčba roztroušené sklerózy v remitentním stádiu.....	37
4.2.1 Interferon beta.....	38
4.2.2 Glatiramer acetát.....	38
4.2.3 Léky druhé volby.....	38
4.3 Léčba roztroušené sklerózy ve stádiu chronické progresse.....	39

4.4	Léčba primárně progresivní roztroušené sklerózy.....	39
4.5	Symptomatická léčba roztroušené sklerózy.....	39
4.5.1	Spasticita u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	39
4.5.2	Sfinkterové obtíže u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	40
4.5.3	Sexuální dysfunkce u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	40
4.5.4	Kognitivní dysfunkce u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	40
4.5.5	Deprese u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	40
4.5.6	Únava u pacientů s roztroušenou sklerózou	41
4.5.7	Třes u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	41
4.5.8	Bolest, záchvatovité projevy u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	41
4.5.9	Rehabilitace pacientů s roztroušenou sklerózou.....	42
4.5.10	Správná životospráva u pacientů s roztroušenou sklerózou.....	43
5	Ošetrovatelská péče u nemocných s roztroušenou sklerózou.....	43
5.1	Kvalita života nemocných s roztroušenou sklerózou.....	45
5.2	Základní rady, jak si usnadnit život.....	45
5.3	Funkční hodnotící stupnice.....	46
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	47
6	Kazuistika.....	47
6.1	Základní údaje pacientky.....	47
6.2	Lékařská anamnéza.....	47
6.3	Lékařská ordinace.....	50
6.4	Terapie.....	51
6.5	Posouzení celkového stavu pacientky.....	52
6.6	Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Virginie Hendersonové.....	54
6.7	Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I.	60
7	Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	74
7.1	Doporučení pro praxi.....	75
	ZÁVĚR.....	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A	Ampule
ADL	Activity of Daily Living
BAEP	Sluchový evokovaný potenciál
BMI	Body mass index
BPN	Bez patologického nálezu
CEROS	Centrum komplexní péče o nemocné s roztroušenou sklerózou
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
df	Dechová frekvence
DK	Dolní končetina
DM	Diabetes mellitus
DX	Dexter, vpravo
EAE	Encefalomyelitis
EDSS	Expanded Disability Status Scale
FNHK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
FR	Fyziologický roztok
GA	Glatimer acetát
GIT	Gastrointestinální trakt
HK	Horní končetina
IgG	Imunoglobulin G
IgA	Imunoglobulin A
IgM	Imunoglobulin M
I. M.	Intramuskulární
INF β	Interferon beta
I. V.	Intravenózní
IVIG	Intravenózní imunoglobulin
KCL	Chlorid draselný
KO	Krevní obraz
LDK	Levá dolní končetina
LHK	Levá horní končetina
MEP	Motorický evokovaný potenciál
MMS	Mini- Mental- State

MP	Methylprednison
MR	Magnetická rezonance
MRI	Magnetická rezonance
NR	Neurologic Rating Scale
NCHK	Neurochirurgická klinika
P	Pulz
PDK	Pravá dolní končetina
PER OS	Ústy
PER RECTUM	Konečníkem
PDK	Pravá dolní končetina
PHK	Pravá horní končetina
PID	Plný invalidní důchod
PMK	Permanentní močový katetr
P/P	Primárně progresivní forma roztroušené sklerózy
P + V	Příjem a výdej tekutin
PŽK	Periferní žilní katetr
R/P	Relaps remitentní forma roztroušené sklerózy
RS	Roztroušená skleróza
RSM	Roztroušená skleróza
RD Krouna	Rolnické družstvo Krouna
SEP	Somatosenzitivní evokovaný potenciál
SM	Solumedrol
S/P	Sekundárně progresivní forma roztroušené sklerózy
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
TU	Tumor
UZ	Ultrazvuk
VEP	Vizuální evokovaný potenciál
V-P DRENÁŽ	Ventrikuloperitoneální drenáž

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absence - nepřítomnost

Afebrilní – bez horečky, s normální teplotou

Alergie – stav přecitlivosti a nepřiměřené reakce organismu na určitou běžně se vyskytující látku- alergen

Aminokyseliny – organická sloučenina obsahující uhlík, vodík, kyslík a dusík

Anamnéza – předchorobí, součást vyšetření

Anorgasmie – chybění orgasmu

Antigen – látka, kterou je tělo schopno rozeznat na základě její struktury jako cizí a pro níž je schopno vyrobit protilátky

Antidekubitární – proti proleženině

Antidepresiva – skupina léků užívaných k léčbě deprese

Antiepileptika – léky užívané k léčbě epilepsie

Anticholinergika – skupina látek blokujících účinek acetylchilonu

Anikterická – bez přítomnosti žloutenky

Antirevmatika – léky proti revmatickým chorobám

Antiulcerosum – léky užívané k léčbě peptického vředu

Antivirotika – látky a léky s protivirovým působením

Arteriální – tepenný, týkající se tepny

Ascites – přítomnost volné tekutiny v břišní dutině

Aseptický – bez přítomnosti mikroorganismů, sterilní

Asymetrie - nesymetricky

Ataka – prudký záchvat nemoci

Ataxie – porucha hybnosti způsobená onemocněním nervového systému

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikosti

Auskultace – vyšetření poslechem

Autoimunita – porucha, při níž je činnost imunitního systému zaměřena proti vlastním orgánům a tkáním, které jsou poškozovány

Axila – podpažní jamka

Axon – výběžek neuronu

Bagatelizovat – podceňovat, snižovat význam a velikosti příznaků pacientem

Balneoterapie – lázeňská léčba využívající minerálních vod, koupelí, pitných kur, rehabilitační péče, vhodné diety, životosprávy

Benigní - nezhoubný

Benzodiazepin – početná skupina příbuzných léků řazených mezi psychofarmaka

Betablokátory – léky, které tlumí některé funkce sympatického nervového systému, zejména jeho účinek na srdce a krevní oběh

Bílá hmota – část centrální nervové soustavy, která má na řezu bílou barvu danou velkým množstvím myelinu

Blokáda – bolestivé omezení pohybu

Borelióza – infekce bakteriemi rodu *Borrelia*

Bulbus – koule, kulovité rozšíření orgánu

Bypass – přemostění, chirurgické vytvoření bypassu je jednou z metod léčby nedokrevnosti vyvolaných zúžením nebo uzávěrem tepen, často v důsledku aterosklerózy

Ceros o.p.s. - centrum komplexní péče o nemocné s roztroušenou sklerózou

Cyanoza – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

Cyklofosfamid – látka užívaná k léčbě nádorových onemocnění a k potlačení nežádoucí nadměrné imunitní reakce u závažných systémových chorob

Cytokin – látky bílkovinné povahy produkované buňkami a sloužící k jejich vzájemnému ovlivňování a předávání informací

Cytologie – věda studující buňku

Cytostatika – léky užívané k léčbě zhoubných nádorů

Deficit – chybění, nedostatek

Deformace – chorobná změna tvaru, znetvoření

Deformita – trvalá chorobná změna tvaru orgánu, části těla

Degenerace – úbytek až ztráta specializované funkce buněk, tkáně, orgánu a organismu, zvrhnutí

Dehydratace – ztráta a nedostatek vody v organismu

Dekubitus - proloženina

Demyelinizace – ztráta myelinu z nervových vláken

Denzita - hustota

Detruzor – sval v močovém měchýři podílející se na jeho vyprazdňování

Dezorientace – porucha orientace, ztráta vědomí místa, času, vlastní osobě

Diabetes mellitus – cukrovka, úplavice cukrová

Dieta – způsob výživy, složení potravy tvořící základ stravování

Diferenciace – proces vyžívání, rozlišování během něhož jednotlivé buňky, tkáně a části organismu získávají specializované vlastnosti a funkce

Diferenciální diagnostika – postup, při němž se stanovuje diagnóza výběrem z několika nemocí, které způsobují stejné nebo podobné příznaky

Difuzní hepatopatie – rozptýlený, poškození jater

Dilatace – rozšíření, rozšiřování dutého orgánu, bývá součástí regulačních jevů

Dimise – propuštění z nemocnice

Diseminace - rozsev

Douglasův prostor – slepý prostor v malé pánvi ohraničený zepředu dělohou, zezadu konečníkem a vystlaný pobřišnicí

Drenáž – odstraňování tekutiny z ran

Dysfunkce – porucha funkce

Edém - otok

Edukace – výchova, rovněž ve smyslu edukace pacientů s určitou chorobou

Eflorescence – obecný název pro kožní jevy

Elementární – základní, týkající se prvků

Emoce – citové hnutí v mysli

Empatie – schopnost vcítit se do druhého, do jeho myšlenek a pocitů

Encefalomyelitis – zánět mozku a míchy

Enterální - střevem

Ependymom – nádor vyskytující se v některé z mozkových komor

Epidemiologie – věda, zabývající se studiem výskytu chorob

Epifýza – šišinka, část mezimozku, která zprostředkovává některé vlivy světla na lidský organismus, podílejí se na tvorbě biorytmů a podle některých hypotéz též na funkci pohlavních žláz

Erektivní dysfunkce – poruchy erekce penisu znemožňující vykonání pohlavního aktu

Ergoterapie – metoda léčby a rehabilitace nemocných pomocí vykonávání přiměřené práce, která umožňuje zlepšit jejich fyzický, tak psychický stav a umožňuje jim i sociální uplatnění

Eroze – oděrka

Esofagogastroduodenoskopické vyšetření – endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku

Etiologie - příčina

Etiopatogeneze – popis vzniku nemoci zahrnující jak její příčinu, tak další procesy, které její vznik a rozvoj provázejí

Euforie – pocit dobré pohody, až povznesená dobrá nálada

Eupnoe – normální, klidové dýchání

Evokované potenciály – potenciály zachycující snímáním elektrické aktivity mozku vzniklé jako odpověď na zevní senzorickou stimulaci

Exacerbace – nové vzplanutí chronické choroby, která není dostatečně zhojena nebo jejíž příčina trvá

Exspirium – výdech

Farmakoterapie – věda studující vlastnosti léků a jejich vliv na organismus

Fenomén – jev, příznak, znamení, vyšetřovací zkouška

Folsteinův test – nejčastěji používaný test k úvodnímu vyšetření kognitivních deficitů

Fonace – tvorba zvuku hlasivkami, základ řeči

Frekvence – četnost, počet jevů za určitý časový úsek

Fremitus pectoralis – hrudní chvění, vzniká při řeči a kašli

Fyzioterapie – způsob léčby fyzikálními metodami (teplem, elektrickým proudem, masážemi, manipulací), uplatňuje se u nemocí pohybového a nervového aparátu

Gastritida – zánět žaludku

Glokortikoidy – steroidní hormony tvořené kůrou nadledvin

Glykoprotein – bílkovina obsahující ve své molekule cukr

Gramofon – pojízdné WC

Gyrifikace - členění povrchu mozku v závit

Hematoencefalická bariéra – bariéra, která odděluje krev a mozkovou tkáň

Hemilaminektomie – operace, při níž se odstraňuje zadní oblouk jednoho či více obratlů (popř. hemi = jeho polovina)

Hemiparéza – částečné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla

Hepar - játra

Hernie - kýla

Herniace – vysunutí části orgánu mimo jeho přirozené místo otvorem ve struktuře ohraničující prostor jeho výskytu

Hospitalizace – umístění a pobyt nemocného v nemocnici

Hydrocefalus – patologicky zvýšené množství mozkomíšního moku v centrálním nervovém systému

Hyperestezie – zvýšená citlivost na vnější smyslové podněty

Hyperreflexie – zvýšení reflexů při výpadku jejich přirozeného tlumení

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypestezie – snížená citlivost na vnější smyslové podněty

Hypnotikum – lék navozující spánek

Chiasma - zkřížení

Chorioideální plexus - je speciální tkáň umístěná na spodině komor mozkových

Chronická pyelonefritida - vleklý, trvalý zánět ledvinového intersticia = vmezeřená tkáň orgánu, kterou tvoří řídké vazivo

Imobilita – nehybnost

Imobilizace – znehybnění normálně pohyblivé části těla v důsledku nemoci či úrazu,

rovněž z léčebných důvodů

Imperativní mikce – silně nutící močení

Imunitní systém – systém zabezpečující ochranu organismu před cizorodým a infekčním materiálem a sloužící rovněž k odstraňování vlastních poškozených či odumřelých tkání a buněk

Imunoglobuliny – protilátky, termín zdůrazňuje její bílkovinnou povahu

Imunologie – věda zabývající se výzkumem imunitního systému

Imunosuprese – stav snížené imunity, obvykle ve smyslu důsledků- imunosupresivní léčby

Imunosupresiva – léky potlačující imunitní reakce

Indikace – rozhodný důvod či soubor okolností, vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup

Infekce - nákaza

Infuze – podávání tekutin do žíly, „kapačka“

Infratentoriální - pod tentorium cerebelli

Inguiny – slabiny, krajina tříselná

Injekce – vpravení kapalných látek do těla

Inkontinence – neschopnost udržet moč

Inspirium – nádech

Intelekt - rozum, schopnost myšlení a racionálního poznání

Intenční tremor – rytmický třes, který se objevuje až při pohybu, zejména k jeho konci

Interferony – látky peptidového charakteru účastnící se imunitních dějů

Intervence - představuje vnější zásah do nějakého procesu za účelem jej ovlivnit, změnit

Intrakraniální krvácení – nitrolební, nitrolebeční krvácení

Intramuskulární - nitrosvalový

Intravenózní – nitrožilní, do žíly

Invalidita – trvalá, částečná nebo úplná neschopnost práce v důsledku nemoci

Ireverzibilní - nevratný

Izokorie – normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost

Kalcifikace - zvápenatění

Kanyla – kovová nebo plastová trubička umožňující proudění tekutin nebo vzduchu, která na rozdíl od jehly nemá hrot

Karotida – arteria carotis

Kognitivní – rozpoznávací, týkající se vnímání a myšlení

Kompenzační – mající charakter kompenzace

Kontraktura – chorobné stažení svalů na podkladě jeho dráždění z okolí

Kontrastní látka – látky pohlcující záření

Konzilium – rada, porada, vyšetření jiným lékařem

Konzistence - soudržnost

Kortikoidy – látky podobné hormonům kůry nadledvin- glykokortikoidům, někdy též tyto hormony

Kurtzkeho stupnice - známá také jako rozšířená stupnice stavu invalidity

Leukocytóza – zvýšený počet bílých krvinek v krvi

Léze – poškození orgánu či tkáně, které má za následek narušenou funkci

Likvor – obecně tekutina, ve smyslu mozkomíšní mok

Lubrikace - zvlhčení

Lumbální punkce – punkce subarachnoideálního prostoru prováděná mezi 3. a 4., ev. 4. a 5. bederním obratlem, kde již v dospělosti není v páteřním kanále mícha

Lumen – vnitřek trubicovitého orgánu

Lymfadenopatie – blíže neurčené zvětšení lymfatických uzlin

Lymfocyt – druh bílých krvinek, které se významně podílejí na specifické imunitě organismu

Magnetická rezonance – metoda umožňující velmi dobré rozlišení chorobných procesů v různých orgánech, které lze zobrazit v podobě anatomického řezu jejich určitou částí

Maligní - zhoubný

McDonaldova kritéria - diagnostická kritéria pro roztroušenou sklerózu

Medikace – léčení pomocí léků, respektive jejich předepisování

Meningeální příznaky - opozice šíje – nemožnost anteflexe hlavy (pacient nepřiloží hlavu na sternum)

Mezocefalie – tvar lebky s vyváženými délkovými poměry

Mikce - močení

Mingazziniho zkouška – součást neurologického vyšetření

Modalita - způsob prezentace obsahu výpovědi mluvčím

Motorické – hybné, týkající se pohybu, zejména konkrétního svalstva

Mozečkový třes - je ve své nejčastější formě třesem intencním (kinetický třes s převahou při cílených pohybech)

Mozkomíšní mok – tekutina obklopující mozek a míchu

Multiple sclerosis – mnohočetný, roztroušená skleróza

Myelin – obal nervových vláken (axonů)

Myelinizace – tvorba a vývoj myelinových pochev kolem neuronů v centrálním i periferním nervovém systému

Myelinový bazický protein - polypeptid složený ze čtyř aminokyselin obdobně jako hlavní autoantigen u RS

Nádor – patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle

Nauzea – nevolnost, pocit na zvracení

Nervus facialis – lícní nerv

Neuralgie trigeminu – krutá bolest pociťována v oblasti trojklaného nervu

Neurogenní bolest – nervového původu, vznikající v nervovém systému

Neuroleptika – skupina psychofarmak užívaná zejména k léčbě závažných psychických poruch- psychóz

Neurologie – lékařský obor zabývající se studiem, diagnostikou a neoperační léčbou chorob nervového systému

Neuromuskulární – týkající se nervů a svalů

Noční spazmy – svalová ztuhlost obtěžující především v noci

Nutriční – týkající se výživy

Nykturie – časté močení v noci

Nystagmus – rychlé mimovolní pohyby očí

Obezita – otylost, nadměrné hromadění energetických zásob v podobě tuku, BMI >30

Objektivní nález – souhrn nálezů, které lékař zjistí na pacientovi při fyzikálním vyšetření

Obstrukční hydrocefalus - vzniká blokádou cirkulace likvoru = mozkomíšního moku

Oligodendroglie – druh neuroglie vytvářející myelin v mozku a míše

Opozice – postavení proti něčemu

Optická neuritida – zánět zrakového nervu

Orgasmus – pohlavní vyvrcholení, jehož podstatou jsou stahy pánevního svalstva a svalstva orgánů v malé pánvi

Osteoporóza – časté onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty

Pacient – nemocný, osoba v lékařské péči

Palpace – vyšetření pohmatem

Pankreas – slinivka břišní

Papila – bradavka, bradavčitý výběžek

Paraparéza – částečné ochrnutí poloviny těla, obvykle dolní

Parestezie – porucha cití projevující se jako brnění, mravenčení a svrbění

Paréza – obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu

Patofyziologie – jeden z teoretických oborů medicíny, obor zabývající se studiem funkcí organismu a jednotlivých orgánů v nemoci

Patogeneze – souhrn procesů, které jsou odpovědí organismu na poškození a které vedou ke vzniku nemoci a jejích projevů

Patologický - chorobný

Periferní – obvodový, okrajový

Perimetr – přístroj pro vyšetření rozsahu zorného pole a jeho event. výpadků

Perinum - hráz

Peristaltika – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, který probíhá v podélném směru a slouží k posouvání jejich obsahu

Peritoneum – pobřišnice

Permanentní - trvalý

Perorální – podávaný ústy

Per os - ústy

Per rectum - konečníkem

Plexy - pleteně

Pneumatizace - provzdušnění, naplnění vzduchem

Pneumonie – zápal plic

Porucha – zhoršení funkce

Preparát – přípravek (léčebný)

Prevalence - jeden ze základních ukazatelů v epidemiologii a epizootologii, je podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci.

Prevence – předcházení nemoci

Profylaxe – ochrana před určitou nemocí, která by mohla nastat, léčebnými prostředky

Prognóza – předpověď průběhu a zakončení nemoci

Progredující - postupující

Progrese – postup onemocnění, jeho zhoršování

Psychiatrie – lékařský obor, který se zabývá studiem, diagnózou, prevencí a léčbou duševních poruch

Psychoterapie – léčba psychologickými prostředky

Psychotropní – mající vliv a účinky na duševní stav

Pulzace – tepání (souběžné s tepem čili srdeční činností)

Pylorus – vrátník, dolní část žaludku ústící do dvanáctníku

Regrese – ústup onemocnění

Rehabilitace – obnovení původního stavu, výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti, pracovní schopnosti

Relaps – opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období

Remise – vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoli nemoci samé

Remyelinizace - proces znovuoobnovení myelinových pochv nervových vláken (axonů) neuronů

Replikace – proces zdvojení

Restituce - obnovení

Retence -zadržetí

Retrobulbární neuritida – zánět zrakového nervu

Reverzibilita - vratný

Reziduální – zbytkový, doznívající

Rezistentní - odolný

Sanován – vyhojení, uzdravení, (zachraňovat, upravovat)

Senzitivní – citlivý

Senzorické - smyslové

Sérum – nažloutlá tekutina, která vzniká po sražení krve

Sexuální apetence - vyhýbání se sexu, ztráta sexuálního zájmu

Sfinkterové obtíže – svěračové obtíže

Skandovaná řeč - řeč, při níž nemocný vyrazí první slabiku, ostatní následné slabiky polyká nebo hovoří zpomaleně s přetahováním jednotlivých slabik.

Skléra - bělima

Skotomy – výpadky zorného pole způsobené řadou očních, popř. neurologických chorob

Spasticita – zvýšené svalové napětí

Spastická paréza – obrna, při níž svaly postižené končetiny jsou zvýšeně napjaté a kladou odpor pasivnímu ohýbání

Spirituální - duchovní

Spojivka – část oka

Spútum – chrchel, to co je vykašláno „hlen“

Stabilizace – dosažení stálosti, ustálení

Steatóza – ztukování, nahromadění tuku ve tkáních a v buňkách

Stenóza – abnormální zúžení

Steroidy – steroidní sloučeniny, mineralokortikoidy,

Strie – pajizévka, trhlina v kůži, která se objevuje při jejím napínání rychlým zvětšením příslušné části těla

Subjektivní – osobní, existující jen ve vědomí konkrétní osoby

Suprese - potlačení

Symptom - příznak

Syptomatologie – soubor příznaků (symptomů)

Šedá hmota mozková a míšní – část mozku a míchy (CNS), nazvaná podle svého šedavého vzhledu

Taktilní – týkající se hmatu

T lymfocyty – druh bílé krvinky

Tapottement – poklep malíkovou hranou ruky na povrch těla

Taxe – pohyb organismu směrem k určitému podnětu

Tetraventrikulární – 4- komorový blok v komorách

Tonický – týkající se napětí, charakterizovaný zvýšeným napětím až křečím

Tonus – napětí, v původním fyzikálním smyslu i ve smyslu přeneseném

Tonzila – patrová mandle

Trimestr – třetina těhotenství, tři po sobě jdoucí kalendářní měsíce

Trofický – vztahující se k výživě tkání a jejich růstu

Tumor – nádor, popř. i jakékoliv zvětšení či zduření určité části těla, která může být např. zánětlivého původu

Turgor – napětí kůže

Unie Roska - úplně samostatný, nezávislý subjekt postižených RS z celé České republiky. Je to občanské sdružení, které si dalo nelehký úkol využít co nejlépe vlastní svépomocnou aktivitu postižených RS.

Urgentní - naléhavý

Urodynamický – popisující z hlediska fyzikálních principů poměry ve vývodném močovém ústrojí během močení

Vakcinace - očkování

Verbalizace - metoda napomáhající koordinaci volných pohybů

Vertebrogenní – mající původ v páteři, v jejím onemocnění

Vestibulární – týkající se ústrojí rovnováhy ve vnitřním uchu

Vertigo - závrať

Virginia Henderson - teorie základní ošetrovatelské péče

Vitaminoterapie – léčba pomocí vitaminů

Vojtova metoda - soubor cvičebních technik používaných k léčbě tělesných a psychických poruch, objevená MUDr. Václavem Vojtou. Jejím základním principem je fakt, že v centrálním nervovém systému člověka jsou geneticky zakódované vrozené pohybové vzory.

Vomitus – zvracení

Zácpa – obtížné, méně časté a málo vydatné vyprazdňování střev

Zánět – ochranná reakce cévnaté tkáně a orgánu na poškození (infekce, fyzikální a

chemické vlivy)

Závislost – psychické a tělesné důsledky pravidelného užívání drogy, které postiženého nutí k jejímu trvalému konzumu

Zorné pole - maximální průměr kruhu v předmětové rovině, který lze přístrojem pozorovat

Žaludek – vakovitá roztažitelná část trávicího ústrojí, která leží mezi jícnem a dvanáctníkem

Životní funkce - vědomí, dýchání a krevní oběh

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Farmakologická anamnéza.....	49
Tabulka 2: Farmakologická terapie.....	51

ÚVOD

Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS, sclerosis cerebrosppinalis multiplex) je chronické zánětlivé onemocnění centrální nervové soustavy (mozku a míchy) postihující především mladé lidi v produktivním věku. Postihuje dvakrát více ženy než muže. Roztroušená skleróza má extrémně kolísavý průběh, střídá se období klidu, tzv. remise a náhlá zhoršení tzv. ataky.

Během vykonávání odborné praxe na neurologickém oddělení jsem se setkala s nemocnými s roztroušenou sklerózou. Překvapilo mne, že nemoc postihuje především mladé lidi. Během krátké doby bylo toto onemocnění invalidizující dle povahy a stupně postižení hybnosti diagnostikováno v mé nejbližší rodině a rázem se stali odkázáni na pomoc svého okolí.

To byl také jeden z důvodů proč jsem si zvolila téma Ošetrovatelská péče u pacienta s roztroušenou sklerózou.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. První část práce se zabývá teoretickými východisky vlastní nemoci a problematiky neurologického ošetrovatelství, etiologií, příznaky, formami, průběhem nemoci, typy roztroušené sklerózy a v neposlední řadě diagnostikou a stále se vyvíjející léčbou.

Druhá část je tvořena kazuistikou pacientky s roztroušenou sklerózou. V této části popisují průběh hospitalizace pacientky na neurologickém oddělení. Dále zaznamenávám ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče, zhodnocení ošetrovatelské péče.

Cílem této práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacientku s roztroušenou sklerózou a získání nových poznatků týkajících se tohoto onemocnění.

Vypracovaná práce bude sloužit jako zdroj informací o této nevyzpytatelné nemoci pro všeobecné sestry a bakalářky v ošetrovatelství.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice roztroušené sklerózy

„Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění centrálního nervového systému (CNS), v jehož patogenezi se uplatňují autoimunitní mechanismy a při němž dochází jednak k poškození myelinu, jednak k poškození axonů. Ztráta axonů je odpovědná za trvalou invaliditu u RS“ (HAVRDOVÁ, 2009, s.8).

Onemocnění roztroušenou sklerózou probíhá u každého pacienta velmi individuálně a je pro ně typická velice rozmanitá škála příznaků (Hoskovcová et.al., 2011).

1.1 Historie roztroušené sklerózy

Jak staré je onemocnění roztroušená skleróza se přesně neví. Jsou popisovány různé příznaky ukazující na RS v dobách, kdy se o RS jako nemoci ani nevědělo. Zřejmě úplně první postiženou RS je svatá Lidwina ze Schiedamu (1380 až 1433) z Nizozemí. Mezi dalšího postiženého RS patří August Friedrich d'Este (1794 až 1848), bratranec britské královny Viktorie, který si již od svého mládí vedl pečlivě deník.

V roce 1838 profesor Jean Cruveilhier (1791 až 1874) popisuje v druhém díle anatomické atlasu, sklerózu jako „skvrnitou a ostrůvkovitou“. Mezi další, který se postaral o nové poznatky v oblasti RS patří Robert Carswell (1783 až 1857), který detailně zaznamenal změny mozku a míchy formou ilustrace.

Patolog a internista Friedrich Theodor von Frerichs (1819 až 1885) registruje roztroušenou sklerózu u žijící osoby.

Jean Martin Charcot (1825 až 1893) RS označil jako „sclérose en plaques“. Definoval triádu neurologických příznaků: nystagmus, intenční třes, skandovaná řeč. V této době se podstata onemocnění objasňovala degenerací nervové tkáně. Od roku 1868 se označují ložiska demyelinizace jako plaky.

Profesor a akademik Kamil Henner (1895 až 1967) díky němuž dosáhla česká neurologie vynikající vspělosti a nadále drží krok se světovým vrcholem.

Abychom lépe porozuměli, proč některé zakořeněné přístupy dodnes přetrvávají,

musíme si uvědomit, že za více než 140 let od popisu choroby byla její léčba po největší část této doby založena na intuici a teprve v posledních letech jsou akceptovány imunologické poznatky, které jsou podkladem racionálních léčebných postupů (Havrdová, 2002).

2 Etiopatogeneze roztroušené sklerózy

„RS je způsobena vznikem mnohočetných zánětlivých ložisek v bílé hmotě mozku a míchy a to v určitých charakteristických oblastech. Jedná se zejména o oblast ohraničující postranní a čtvrtou komoru, tzn. lokalizace periventrikulární, dále periakveduktální, corpus callosum, zrakové nervy, chiasma a zrakové trakty, kortikospinální dráhy a subpiální oblasti mozkového kmene. V míše se léze nejčastěji vyskytují v předních provazcích, centrálně v zadních provazcích a subpiálně“ (Waberžinek, Krajíčková, 2006, s. 188).

Roztroušenou sklerózu řadíme jednoznačně do autoimunitního onemocnění.

2.1 Patofyziologie roztroušené sklerózy

Roztroušená skleróza patří mezi demyelinizační onemocnění postihující bílou hmotu mozkovou. Onemocnění způsobuje poškození myelinu, oligodendrocytů a axonů.

Myelin tvořící podstatnou část bílé hmoty (přičemž ji propůjčuje její zbarvení) jak v centrálním tak v periferním nervovém systému. V neposlední řadě je základní podmínkou funkce nervových vláken. Myelin nacházíme, ale i v šedé hmotě mozkové. Termín myelin se používá od druhé poloviny 19. století díky patologovi Vichowovi.

Myelinizace neboli tvorba myelinových pochev kolem nervových vláken je poměrně dlouhý proces, začíná ve 20. týdnu vývoje plodu ve hřbetní míše (v oblasti zadních míšních provazců a tractus spinothalamicus) a postupuje kraniálně, kde končí z velké části okolo druhého roku života, u některých axonů velmi rychle, v jiných případech myelinizace postupuje řadu let. Tvorbu myelinu je tedy nutné si představit jako postupný proces (Vaněčková, Seidl, 2010).

„Demyelinizace, tedy proces zahrnující destrukci myelinu, začíná u RSM již na periférii. Poté, co aktivované T lymfocyty prostoupí hematoencefalickou bariérou, rozpoutají celou kaskádu imunologických a neurotoxických dějů, jejichž konečným důsledkem je poškození myelinu. Remyelinizace je přirozenou regenerační odpovědí CNS na postižení nervové tkáně, při němž došlo k demyelinizaci axonů“ (Hradílek, Zapletalová, Woznicová, č.5., 2010, s.S607).

Odpovědný za trvalý neurologický deficit je poškození axonů, které postihuje většinu pacientů s RS. K přerušení axonů dochází v akutní lézi, a to buď masivně nebo omezeně. Mechanismus odpovědný za poškození axonů osud nebyl plně objasněn. Byla prokázána korelace mezi histopatologickými nálezy, zobrazením centrálního nervového systému magnetickou rezonancí a klinickými nálezy.(Waberžinek, Krajíčková, 2006).

2.2 Epidemiologie roztroušené sklerózy

Počátek onemocnění je nejčastější mezi 20. a 40. rokem věku. Malé procento prvních příznaků se objevuje i v dětském nebo pozdním dospělém věku. Prevalence onemocnění je větší u žen než u mužů v poměru 2:1 (Kalandrová-Košťálková, 2010).

Roztroušená skleróza zaujímá u nás v ČR v invaliditě druhé místo.

Výskyt u potomků pacientů s RS je poněkud vyšší, obviňuje se genetické nastavení imunitního pozadí, které rozhoduje o vnímavosti k nemoci, především jde o geny MHC systému a geny pro cytokiny“ (Nevšimalová, Růžička, Tichý et.al., 2002,s.211).

Roztroušená skleróza patří mezi nejčastější onemocnění u bílé rasy, především severoevropského původu, méně u žluté a minimální počet se přikládá k rase černé.

Výsledky výzkumu týmu genetiků vedených Sergiem Baranzinim z University of California v San Francisku. Závěr studie vyzněl celkem jednoznačně: „Samotné genetické dispozice zjevně nestačí k tomu, aby roztroušená skleróza u člověka propukla“ (Petr, č.11.,2010).

2.3 Etiologie roztroušené sklerózy

Příčina onemocnění RS není známa, přesto je považována za autoimunitní onemocnění.

Uplatnění ve strategii léčby našly některé objasněné spouštěcí a udržovací mechanismy, na které ukázala praxe a jednak zvířecí model experimentální alergické encefalomyelitis (EAE). U EAE je vyvolávající antigen znám, zatímco u roztroušené sklerózy nikoli (Seidl, Obenberger, 2004).

2.4 Výskyt roztroušené sklerózy

Výskyt roztroušené sklerózy se liší v závislosti na etnickém původu a geografické oblasti. Onemocnění je nejčastější u osob skandinávského původu a v oblasti mírného pásma severní polokoule. Forma RS nazývaná neuromyelitis optica se nejčastěji objevuje v Asii. Nejmenší výskyt RS je kolem rovníku, určitou souvislost zaujímá sluneční svit a vliv vitamínu D na imunitní systém.

„V České republice je prevalence kolem 100 – 130 na 100 000 obyvatel“ (Havrdová, 2009, s.8.).

2.5 Klinický obraz roztroušené sklerózy

Pro roztroušenou sklerózu jsou typické neurologické příznaky s víceložiskovou distribucí v bílé hmotě mozku a míchy progredující v čase. Největší postižení je zpravidla symetrické v bílé hmotě podél obou postranních mozkových komor, v optických nervech, kmeni a míše.

Pro RS neexistují symptomy specifické. Na počátku onemocnění bývají často nespécifické obtíže jako je únava, bolest hlavy, depresivita a bolesti v končetinách (Seidl, Obenberger, 2004).

Únava u roztroušené sklerózy se vyskytuje velice často a výrazně omezuje společenský život, průceschopnost a vykonávání běžných denních aktivit. Na jejím vzniku má největší podíl mechanismus imunologický a neuroendokrinní. Zvyšuje se při nadměrné zátěži. Až u poloviny nemocných RS je popisována jako jeden z prvotních příznaků tohoto onemocnění (Adamcová, et. al., 2005).

2.6 Klinické příznaky roztroušené sklerózy

Mezi nejčastější příznaky roztroušené sklerózy řadíme poruchy zraku a poruchy citlivosti.

1. Optická neuritida neboli zánět očního nervu nebo také retrobulbární neuritida se projevuje různou mírou poruchy zraku, od zamlženého vidění, poruchy barvocitu přes výpadky zorného pole, bolestmi při pohybu bulbu. Pro retrobulbární neuritidu je charakteristické, že oftalmolog mimo poruchu vizu nezjistí žádný nález na očním

pozadí. Většinou se takový stupeň poruchy zraku upravuje spontánně během týdne nejpозději měsíce na úplnou zrakovou ostrost, vzácně zůstává těžká porucha zrakových funkcí (Jedlička, Keller et. al., 2005).

2. Porucha citlivosti (hypestezie, parestezie, hyperestezie bez typické periferní distribuce). Poruchy citlivosti jsou často bagatelizovány nebo přehlédnuty jak samotným pacientem, tak i lékařem. Nejčastěji jde o poruchy citlivosti taktilní, dále hluboké nejméně časté je postiženo vnímání tepla, chladu a bolesti.

3. „Poruchy motoriky jsou centrální spastické monoparézy, spastická paraparéza DK bývá z cervikální oblasti. Výraznou spasticitu provázejí kontraktury, atrofie z nečinnosti a bolestivé noční spazmy. Postižení HK je spíše pozdní. Dráhy pro DK mají delší průběh a jsou proto snáze zranitelné. Hemiparéza je u RS méně častá“ (Seidl, Obenberger, 2004, s.268.).

4. Mozečkové příznaky (intenční tremor, ataxie, skandovaná řeč), které jsou závažné, invalidizující a léčebně minimálně ovlivnitelné, kombinované často s vestibulárními. Většinou to vede k těžké poruše chůze.

5. Sfinkterové obtíže jsou většinou spojeny s poruchami hybnosti dolních končetin (jde o dlouhé míšní dráhy). Nejčastější poruchou je imperativní mikce (tzn. jakmile nedojde k urgentnímu vyprázdnění močového měchýře, dojde k samovolnému úniku moče) dále pak hyperreflexie detruzoru, pokles kapacity měchýře (Nevšimalová, Růžička, Tichý et. al., 2002).

6. Sexuální poruchy, které jsou většinou spojené s poruchami sfinkterovými postihují 60 % mužů, trpící v průběhu RS erektilní dysfunkcí. U žen je to většinou snížené libido, snížená frekvence orgasmu, snížená citlivost a vzrušivost.

7. Z postižení mozkových nervů se nejčastěji objevuje internukleární oftalmologie a nystagmus. Méně častá je paréza nervus facialis a naopak relativně častá je neuralgie trigeminu (Havrdová, 2005).

8. „U nemocných RS se často setkáváme se sklony k prudkosti, jindy s ustálenými pocity pohody, které může snadno vystřídat pocit smutku. Zatímco nálady mají tendenci se střídát jako počasí, intelekt zůstává obvykle neporušen“ (Halová, 2007, s.37.).

2.7 Komplikace roztroušené sklerózy

Mezi nejčastější komplikaci RS můžeme zařadit infekční onemocnění (nejčastěji chronická pyelonefritida, pneumonie nebo dekubitální sepse).

Jako další komplikace jsou kontraktury při spastických parézách, často bránící hygieně, jindy mohou přispět ke vzniku dekubitů.

Komplikacemi spasticity jsou i vertebrogení a kloubní obtíže z nefyziologického a asymetrického zatěžování hybného aparátu (Havrdová, 2009).

2.8 Průběh roztroušené sklerózy

Průběh onemocnění je velice nevypočitatelný, Otto Marburg řekl: „RS je proces prchavý, kolísavý, jako stálá houpačka, jednou dole, podruhé nahoře“

Pro RS je typický náhlý vznik potíží, který se ohlásí změnami hybnosti, citlivosti, nebo poruchami zraku.

Tento náhlý vznik příznaků nazýváme atakou choroby, různí se v příznacích, intenzitě a dobou trvání. Léčbou navozené zlepšení stavu nazýváme remisí, někdy zcela, jindy zůstává určité reziduum.

Ataka se může po různě dlouhém intervalu opakovat (relaps), kdy se sebou nese další nárazy, které trvají déle, úprava bývá méně úplná, často přetrvává určitý stupeň potíží a neurologický nález (Lenský, 1996).

Průběh onemocnění může být maligní nebo benigní. Maligní průběh je charakteristický častými těžkými atakami s minimální úzdravou a do značné míry pro pacienta invalidizující. Zatímco benigní průběh se vyznačuje nečetnými atakami a minimálním klinickým deficitem po letech průběhu nemoci (Havrdová, 2000).

2.9 Typy roztroušené sklerózy

1. Relaps – remitentní (R/R) forma

Jedná se o nejčastější formu RS, vyskytující se až u 85 procent pacientů na začátku onemocnění. Období atak trvá přibližně 5 až 15 let. Většinou pacienti do 10 let s touto formou přejdou do stádia sekundární progresse.

2. Sekundárně (chronicko) progresivní (S/P) forma

30 až 40% pacientů během 6 – 10 let.

Tato forma je charakteristická pozvolným nárůstem neurologického deficitu, který je již nevratný (Havrdová et. al., 2001).

3. Primárně progresivní (P/P) forma

10 až 15 % pacientů

Forma, pro kterou je typické nepřítomnost atak, ale invalidita se pozvolna vyvíjí, většinou v podobě spastické paraparézy dolních končetin.

Postihuje více muže než ženy.

Od ostatních forem se odlišuje výrazně malou zánětlivou složkou.

4. Relabující – progredující (R/P) forma

Je charakterizovaná progresí mezi atakami.

Nemocné těžce invalidizuje již během několika málo let, proto je prognosticky velice nepříznivá (Waberžinek, Krajíčková, 2006).

2.10 Prognóza roztroušené sklerózy

Prognóza onemocnění je spojená s typem průběhu nemoci a její aktivitou.

Od zavedení dlouhodobé terapie se prognóza výrazně změnila. Sdělování diagnózy přestalo být pro pacienty sdělením osudu.

Včasná léčba proto může tuto situaci odvrátit, aby řada mladých pacientů nekončila v léčebnách dlouhodobě nemocných (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2002).

Čím větší počet atak proběhne v prvním roce této nemoci, tím je vyšší riziko úplné invalidity. S tím přichází pro mnohé nemocné s tímto onemocněním i ztráta práce schopnosti v produktivním věku.

(Berlit 2007) rozděluje faktory mající vliv na průběh onemocnění:

Prognosticky spíše příznivé faktory

- Monosymptomatický začátek,

Prognosticky spíše nepříznivé faktory

Polysymptomatický začátek,

- Jen senzitivní symptomy, Motoric. a mozečkové syptomty,
- Krátce trvající ataky, Dlouho trvající ataky,
- Úplná restituce po atace, Špatná restituce po atace,
- Zachovaná schopnost chůze, Již zpočátku četné léze v MR,
- Začátek nemoci > 35 let. .Časně patologické SEP a MEP.

3 Diagnostika roztroušené sklerózy

Pro roztroušenou sklerózu neexistuje žádný specifický test, který by ji potvrdil či vyvrátil. Diagnóza se stanovuje na základě klinického vyšetření, magnetické rezonance, vyšetření evokovaných potenciálů a mozkomíšního moku.

Pro definitivní stanovení diagnózy roztroušené sklerózy jsou dnes užívána mezinárodní McDonaldova kritéria.

3.1 Klinické vyšetření roztroušené sklerózy

Docentka Havrdová říká: „Některé definice se trochu zjednodušily, jiné změnily, ale základem správné diagnózy je dobře provedená anamnéza a její správná interpretace“.

Diagnostika RS je založena na klinickém obraze, dokumentujícím diseminaci lézí v centrálním nervovém systému v čase a prostoru. Základem je pečlivá anamnéza, zpočátku může být neurologické vyšetření v době mimo ataky zcela normální nebo nacházíme jen nepřítomnost břišních reflexů nebo pyramidové iritační jevy a vyšší reflexy (Nevšimalová, Růžička, Tichý, 2002).

3.2 Magnetická rezonance

V současné době má magnetická rezonance u RS dvě základní role. V první řadě diagnostická, kde se MR stává nejdůležitějším paraklinickým testem. Druhá její role je důležitá při výzkumu patofyziologických jevů, které probíhají u tohoto onemocnění.

Hlavním úkolem MR je podpora klinického podezření na roztroušenou sklerózu a vyloučení jiných onemocnění. Magnetická rezonance sleduje dva aspekty, diseminaci v čase a prostoru (Vaněčková, Seidl, 2010).

„Základní protokol (konvenční MR v diagnostice RS) obsahoval T2W obraz (konvenční spin-echo), T1W obraz nativně a po podání kontrastní látky, kdy kontrastní látka detekovala porušenou hematoencefalickou bariéru, která vypovídala o aktivitě choroby. Tento základní protokol vyhovoval třem důležitým rolím: 1. podpora diagnostiky RS, 2. vyloučení jiných onemocnění, 3. možnost objektivně měřit změny v průběhu dané choroby, a tím sledovat úspěšnost léčby“ (Vaněčková, Seidl, 2010, s. 25).

3.3 Vyšetření mozkomíšního moku

Likvoru je asi 150 ml, z toho v komorách 25 – 30 ml. Denní tvorba je zhruba 450 – 500 ml. Obnoví se tedy třikrát denně. Likvor je za normálních okolností čirá tekutina. Tlak likvoru při lumbální punkci je vleže 70 – 150 mm vodního sloupce, v sedě jsou hodnoty dvojnásobné (Seidl, 2008).

Vyšetření likvoru má u roztroušené sklerózy nezastupitelnou úlohu. Význam oligoklonálních páسů ve třídě IgG je již dobře znám, významné jsou ale i jiné metodiky a jiné modalities izoelektrické fokuzace.

Cytologie likvoru stojí za zmínku, jenž umožňuje nález plazmatických buněk, produkující imunoglobuliny. Tyto buňky jsou pro roztroušenou sklerózu typické.

Při vyšetření izoelektrickou fokuzací likvoru a korespondujícího vzorku séra nacházíme typické IgG pásky v mozkomíšním moku, obvykle v alkalické oblasti. Jiné modalities umožňují průkaz oligoklonálních páسů tam, kde IgG pásky nemusí být přítomny, je to fokuzace ve třídě IgA, IgM a průkaz volných lehkých řetězců kappa a lamda (Adam, Sobek, Koudelková, Kelbich, 2010)

3.4 Evokované potenciály

Vyšetření zrakových (visual evoked potentials, VEP), sluchových (brainstem auditory evoked potentials, BAEP), somatosenzorických (somatosenzory evoked potentials, SEP) a motorických (motor evoked potentials, MEP) drah významně doplňuje klinické vyšetření, protože může ukázat i ta postižení bílé hmoty, která nejsou klinicky patrná (Havrdová, 2001).

Zrakové evokované potenciály (VEP) ukazují prodloužení vlny P100, což představuje demyelinizační proces zrakového nervu.

Vyšetření sluchových kmenových potenciálů (BAEP) je méně citlivé.

Somatosenzorické evokované potenciály testují funkci senzitivní dráhy. Prodloužené latence v určitých úsecích potvrzují víceložiskovost postižení bílé hmoty centrálního nervového systému (Jedlička, Keller, 2005).

3.5 Oční vyšetření

Při podezření na optickou neuritidu je nezbytně nutné oční vyšetření. Ve stádiu akutní neuritidy můžeme najít edém papily, po něm často následuje temporální nablednutí papily jako projev její atrofie. Na perimetru můžeme také najít skotomy neboli výpadky zorného pole.

3.6 Imunologické vyšetření periferní krve

Imunologické vyšetření periferní krve nepřináší konzistentní výsledky, které by byly specifické pro roztroušenou sklerózu. Běžnými imunologickými testy je dnes možné najít u většiny pacientů s RS nespecifické odchylky v imunitě, ať již buněčné či protilátkové.

U pacientů s opakovanými infekcemi někdy imunologické vyšetření pomůže vyřešit tento problém (Havrdová et. al. 1999).

3.7 Diferenciální diagnostika roztroušené sklerózy

K potvrzení roztroušené sklerózy slouží kromě typického klinického nálezu (postižení centrálního nervového systému) typický MRI nález a pozitivní nález oligoklonálních páسů v likvoru. V regionu střední Evropy je vyšetření mozkomíšního moku pro diagnostiku RS velmi důležité a to zejména pro vyloučení jiných zánětlivých onemocnění CNS, mezi které patří např. boreliózy (Havrdová, 2005).

4 Léčba roztroušené sklerózy

U roztroušené sklerózy dosud není známa účinná léčba, která by vedla k její likvidaci. Odborníci reagují dostupnými léčivy na stávající stav nemocného a snaží se o zmírnění obtíží, předcházení nových atak a o zachování kvality života.

V posledních letech se stále více uplatňuje léčba pomocí interferonů, což jsou léky, které mohou podstatně snížit počet atak a tím zlepšit postupnou invalidizaci (Halová, 2007).

„Současná medikace pro léčbu RS má své limity. Účinnost není stoprocentní a dlouhodobá pravidelná intervenční aplikace má různá úskalí, která snižují efekt léčby. Proto jsou hledány další nové cesty aplikace, jiná schémata a metody. Některé z těchto cest jsou slepé a nesplnily očekávání, která do nich byla vkládána. U jiných nových léčiv je vysoká účinnost vykoupena rizikem závažných nežádoucích účinků léčby (Vachová, 2009).

4.1 Léčba akutní ataky roztroušené sklerózy

Akutní ataka, kterou rozumíme jako zhoršení existujících příznaků nebo objevení se nových příznaků trvajících alespoň 24 hodin léčíme v posledních 20-ti let aplikací vysokých dávek kortikosteroidů pro svůj protizánětlivý účinek. Zlatým standardem je methylprednisolon (MP) v dávce 3-5 gramů intravenózně pro nejmenší množství vedlejších účinků a nejlepší snášenlivost. Vysokými dávkami podávanými intravenózně docílíme rychlejšího ústupu klinických příznaků.

Léčba ataky by měla být zahájena co nejdříve, přeléčit by se měla každá ataka. Po přeléčení akutní ataky se přistupuje k perorálnímu podání prednisonu v postupně se snižujících dávkách (Waberžinek, Krajíčková, 2006).

4.2 Dlouhodobá léčba roztroušené sklerózy v remitentním stádiu

V remitentním stadiu nemoci se užívají léky s cílem omezit aktivitu nemoci (snížení počtu atak) a zpomalit progresi onemocnění. U choroby, která jeví aktivitu (přítomnost dvou atak během dvou let) je indikována léčba tzv. léky první volby. Tyto léky

prokázaly schopnost snížit počet atak, některé z nich mají určitý vliv na progresi onemocnění. Patří sem interferon beta ($INF\beta$) a glatiramer acetát (GA). Bohužel situace v ČR díky ekonomickým problémům a přísnějším pravidlům neumožňuje řadě pacientů léčbu léky první volby (Havrdová, 2009).

4.2.1 Interferon beta

Interferon beta je přirozenou součástí imunitního systému, spolu s glatiramer acetátem tvoří skupinu léků 1. volby od roku 1993 pro léčbu relaps - remitentní formy roztroušené sklerózy. Všechny preparáty mají prokázaný efekt na redukci počtu relapsů, zmírnění nárůstu disability a rovněž na MRI parametry.

Interferony byly objeveny v roce 1957 jako glykoproteiny, které interferují s replikací viru, jsou produkovány buňkou, která je virem napadena, a mají za cíl ochránit okolní buňky a zamezit tak dalšímu šíření. Účinek interferonů je virově nespecifický (Dufek, 2011).

Může mít i některé vedlejší nebo nežádoucí účinky. Vedlejší účinky interferonu beta jsou individuální. Nejčastěji jsou to chřipkové příznaky (mírné zvýšení teploty, zimnice, bolesti svalů nebo kloubů), méně časté jsou reakce v místě vpichu (zarudnutí, otok nebo podráždění kůže) a některé změny krevních testů (zvýšení jaterních testů).

4.2.2 Glatiramer acetát

Glatiramer acetát (dříve kopolymer 1), zasahuje do imunitního systému, ale není jeho přirozenou součástí, jde o uměle vytvořený antigen, který měl skladbou a poměrem aminokyselin připomínat myelinový bazický protein, váže lymfocyty produkující prozánětlivé cytokiny a vyvolává zvýšenou tvorbu supresorických buněk. Nezpůsobuje celkovou imunosupresi a působí i neuroprotektivně.

Trvá relativně dlouhou dobu, než dostatek buněk aktivovaných glatiramer acetátem překročí hematoencefalickou bariéru a efektivně potlačí zánětlivé děje. Největší snížení relapsů pozorujeme až ve třetím trimestru léčby. Kromě možných lokálních reakcí nemá tato léčba vedlejší účinky (Havrdová, 2005).

4.2.3 Léky druhé volby

Intravenózní imunoglobuliny (IVIG) patří mezi léky druhé volby, kde se neosvědčilo nebo nepodařilo zavedení léčby preparáty první volby. Pro pacientovo pohodlí představují možnost infuzního podávání jednou měsíčně. Jejich efekt je dán přítomností molekul regulujících funkce imunitního systému. Pokud není možno zavést terapii těmito preparáty, měla by být zavedena klasická imunosuprese, nejlépe azathioprinem, který má na T- lymfocyty antiproliferativní vliv (Nevšimalová, Růžička, Tichý, 2002).

4.3 Léčba roztroušené sklerózy ve stádiu chronické progresse

Je vždy méně účinná a neexistuje pro ni žádný mezinárodní konsenzus. V tomto stádiu nemoci je přítomný trvalý neurologický deficit, ztráta značného množství myelinu a axonů. Léčebně umíme ovlivnit pouze zánět, proto máme limitované možnosti léčby pouze protizánětlivými léky.

Interferon beta – 1b prokázal určitou účinnost i ve stádiu chronické progresse RS, schopností, tím že zpomalil její průběh.

Nejčastěji musíme sáhnout k vyšším dávkám imunosupresiv z řady cytostatik, jejichž hlavním cílem je snížení počtu aktivovaných T – lymfocytů.

Pulsní dávky steroidů spolu s cyklofosfamidem jednou měsíčně, nebo spolu s mitoxantronem jednou měsíčně po dobu půl roku (Havrdová et. al., 2001).

4.4 Léčba primárně progresivní roztroušené sklerózy

Léčba primárně progresivní formy RS prakticky na žádnou léčbu nereaguje, jedná se o nejhůře ovlivnitelný typ nemoci. V patogenezi totiž převládá degenerativní složka, oproti zánětlivé. Časný zánik oligodendroglíí vysvětlí rychlou ztrátu axonů. Těžiště je v symptomatické terapii (Seidl, 2008).

4.5 Symptomatická léčba roztroušené sklerózy

Symptomatická léčba představuje neoddelitelnou součást léčby roztroušené sklerózy. Jedná se zejména o léčbu spasticity, sfinkterových a sexuálních obtíží, bolestí, únavy, depresí, třesu a záchvatovitých projevů.

Do komplexního léčebného postupu patří také rehabilitace v různých formách, vitaminoterapie, psychoterapie, ergoterapie (Waberžinek, Krajíčková, 2006).

4.5.1 Spasticita u pacientů s roztroušenou sklerózou

Ovlivňujeme ji pouze do té míry, kdy obtěžuje pacienta, někdy určitá ztuhlost hlavně dolních končetin umožňuje pacientovi vůbec pohyb. Nadměrné ovlivnění spasticity by mohlo vést k podlamování nohou v kolenou a ztrátě postavení se vůbec.

Nejběžnějším lékem na zmírnění spasticity je Baclofen, jehož dávky se pohybují od 5 do 80 mg. Tizanidin (Sirdalud) se snáší nejlépe v dávkách od 2 do 16 mg. Tetrazepam (Myolastan) je odrůda diazepamu se zmírněnými tlumivými účinky a jeho dávky se pohybují v rozmezí od 25 do 150 mg.

Nedílnou součástí k ovlivňování spasticity je důležitý pohyb leckdy i pasivní.

4.5.2 Sfinkterové obtíže u pacientů s roztroušenou sklerózou

Vždy dbáme na to, aby pacient neměl chronické močové infekce, jenž sfinkterové obtíže jen zhoršují. Terapii řídíme dle urodynamického vyšetření a velikosti rezidua, nejčastěji užíváme anticholinergika. Mohou být různého charakteru např. urgencye, imperativní mikce, retence a mnohdy až inkontinence (Havrdová, 1999).

4.5.3 Sexuální dysfunkce u pacientů s roztroušenou sklerózou

RS postihuje pacienty v produktivním věku a symptomy se proto objevují i v oblasti sexuálního zdraví. Nervové dráhy pro pohlavní orgány a sfinktery jsou velmi dlouhé, proto jsou často sídlem i několika demyelinizačních ložisek.

Ze sexuálních obtíží je nejčastější erektilní dysfunkce, která postihuje až 60 procent mužů s roztroušenou sklerózou.

U žen jsou hlavními sexuálními obtížemi nedostatečná lubrikace, ztráta sexuální apetence, anorgasmie (Řeháková, 2010).

4.5.4 Kognitivní dysfunkce u pacientů s roztroušenou sklerózou

Postižení kognitivních funkcí je u pacientů s roztroušenou sklerózou časté. Postižena bývá zejména pozornost, rychlost, zpracování informací a krátkodobá paměť. Mnohdy

tyto poruchy vedou ke ztrátě zaměstnání, mají negativní efekt na sociální vztahy a kvalitu života (Dufek, 2009).

4.5.5 Deprese u pacientů s roztroušenou sklerózou

Deprese u roztroušené sklerózy má svá specifika, výskyt depresivních poruch je u nemocných s RS vyšší než v ostatní populaci. Může jít o reakci na onemocnění, vedlejší účinek medikace, přímý důsledek chorobného procesu.

Také poruchy spánku se u nemocných s RS objevují třikrát častěji než u zdravé populace. Mezi nejčastější problémy patří četnost nočního probouzení, prodloužené usínání, neklidný spánek, pocit nedostatečného odpočínutí atd.

Riziko sebevražd je u nemocných s RS několikanásobně vyšší než v běžné populaci. Častým jevem u RS je značná emoční labilita, úzkost, podrážděnost.

V ovlivnění deprese se nejvíce uplatňují antidepressiva typu SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jako je např. Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Deprex, Remeron, Dutonin. Volba vhodného antidepressiva je záležitostí odborníka znalého problematiky RS, neurologa či psychiatra.

4.5.6 Únava u pacientů s roztroušenou sklerózou

Únava patří u 85% pacientů s RS z nejvíce obtěžujících příznaků, objevuje se jak v časném, tak pozdějším stádiu onemocnění. U obou pohlaví je zastoupena stejně. Únava stejně jako u zdravé populace se zvyšuje při nadměrné zátěži, při dlouhodobé nečinnosti.

U třetiny pacientů s RS je únava popisována jako jeden z prvotních příznaků onemocnění vedoucí příznak exacerbace v případě lokalizace zánětu v bílé hmotě (Adamcová, a kolektiv, 2005).

4.5.7 Třes u pacientů s roztroušenou sklerózou

Pro léčbu třesu se nejčastěji používá Klonazepam (eventuálně v kombinaci s betablokátory), ale jeho účinná dávka vyvolává u pacientů s RS ospalost. Bohužel léčba mozečkového třesu je u RS neuspokojivá.

4.5.8 Bolest, záchvatovité projevy u pacientů s roztroušenou sklerózou

Nejdůležitější u léčby bolesti roztroušené sklerózy je rozpoznat příčinu bolesti. Může jít o abnormální elektrickou vodivost demyelinizovaných vláken, která způsobuje např. neuralgii trigeminu či tonické záchvaty, neurogenní bolest neparoxysmální v důsledku poškození spinothalamické dráhy.

Nutno je však i vyloučení sekundární bolesti danou vertebrogenními a svalovými obtížemi při asymetrickém zatěžování parietických končetin, osteoporózou, spasticitou, imobilizací pacienta na nevhodných vozících, svalovými kontrakturami.

Neurogenní bolest snažíme ovlivnit antiepileptiky, nejznámějšími jsou Karbamazepin a Gabapentin. Při vysokých dávkách je možná kombinace s antidepresivy nebo neuroleptiky.

Sekundární bolesti řešíme dle původu např. antirevmatiky, rehabilitací, výběrem vhodných a správných pomůcek, léčbou spasticity apod. (Havrdová, 2009).

4.5.9 Rehabilitace pacientů s roztroušenou sklerózou

Do komplexní léčby RS neodmyslitelně patří rehabilitace. Hlavním cílem terapeutického působení se stává nezávislost pacientů a jejich aktivní spoluúčast a v neposlední řadě zlepšení kvality života. Jde o aktivní proces, který pomáhá nemocným s RS nejen k zotavení a zachování optimální fyzické funkce, ale i k udržení psychické a sociální úrovně nemocného.

Rehabilitace neurologicky nemocných spočívá v dlouhodobé a pravidelné intervenci, která vyžaduje velkou motivaci. Nemocný musí mít samotný zájem na zlepšení svého zdravotního stavu a zvláště v terapii (Řasová, 2007).

U roztroušené sklerózy rehabilitujeme tři základní složky a to svalové oslabení neboli parézu, kde nacvičujeme výkon a sílu, poruchu koordinace a rovnováhy neboli ataxii, kde se zaměřujeme na přesnost, jistotu a prostorové vnímání, u zvýšeného svalového napětí neboli spasticity se věnujeme uvolnění a protažení ztuhlých zkrácených svalů.

Jako problém, který samotnou rehabilitaci pacientů s RS komplikuje je nadměrná a leckdy snadná únavnost (Lenský, 1996).

Nesmírně důležitá je v léčbě RS také fyzioterapie, masáž, polohování, Vojtova metoda (nácvik základního pohybového stereotypu, který vychází z fyziologického vývoje dítěte). Dále různé terapie, jako je balneoterapie (léčení koupelemi, bahnem a pití minerálních vod). Ergoterapie má také svoje pozitivum, spočívá v terapii prací, mechanické činnosti, tvorby jednoduchých úkonů.

„Aktuální možnosti fyzioterapie vycházejí z nejnovějších neurofyziologických poznatků a spočívají v možnosti ovlivňování psycho – neuro – endo – krinno - imunních reakcí a v možnosti nastartování plastických a adaptivních procesů v centrální nervové soustavě. Předpokládá se, že fyzioterapie tak může zpomalit progresi RS a dočasně zlepšit a stabilizovat stav klinických funkcí“ (Řasová, 2010, s.182).

4.5.10 Správná životospráva u pacientů s roztroušenou sklerózou

Diety slibující vyléčení roztroušené sklerózy mohou přinést více škody než užítku, protože při jejich dodržování se do organismu nedostává dostatečné množství základních živin. Kromě toho, že u nemocných vzbuzují falešné naděje, mohou být různá doporučení ohledně omezené konzumace některých potravin dokonce škodlivá.

Dlouhodobě však jakákoliv špatná a nepravidelná strava nebo nadměrné užívání léků či alkoholu mohou poškodit zdraví. Alkohol způsobuje zvýšenou únavu, poruchy rovnováhy a dýchání.

Podle obecně přijímaných doporučení odborníků na výživu je pro zdravý organismus a nervový systém potřeba, aby nemocný měl přísun kalorií v takovém objemu, aby bylo dosaženo „ideální“ hmotnosti. Příjem proteinů by se měl pohybovat kolem 50 až 80 g/den. Co nejvíce omezit příjem průmyslově vyráběných tuhých sycených a živočišných tuků. Pravidelné zařazování pokrmů z ryb do svého jídelníčku. Ovoce a zelenina by měla být nedílnou součástí každodenního jídelníčku. Podíl živočišných potravin by se měl omezit na dvakrát až třikrát za týden, jídelníček by měl být tvořen pokrmy z libového masa (<http://www.aktivnizivot.cz/aktivni-zivot/zivot-s-roztrousenou-sklerozou/vyziva/>).

5 Ošetrovatelská péče u nemocných s roztroušenou sklerózou

Komplexní ošetrovatelská péče probíhá ve formě ošetrovatelského procesu. Tato racionální metoda poskytování péče představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmu. Používá se k posouzení stavu pacientových individuálních potřeb, k plánování a realizaci a v neposlední řadě vyhodnocování účinnosti poskytované ošetrovatelské péče. Posouzení se vždy zabývá potřebami pacienta v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální, chápání člověka z holistického pohledu. Změněný zdravotní stav pacienta ovlivňuje komfort a podporu jeho zdraví, dále si identifikujeme ošetrovatelský problém a formulujeme ošetrovatelské diagnózy. Všeobecná sestra při poskytování ošetrovatelské péče úzce spolupracuje s lékařem, rehabilitačními pracovníky, dietetickou sestrou (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Péče o pacienty s roztroušenou sklerózou je hodně závislá na průběhu onemocnění. Důležité je vzít v úvahu pracovní schopnosti pacienta. Stále musíme mít na paměti, že RS je nevléčitelná nemoc obtěžující pacienta na jeho kvalitě života. Zatímco někteří lidé s RS (nebo členové jejich rodin) jasně vědí, že roztroušená skleróza existuje, chovají se, jako by neexistovala, odmítají uvěřit či přiznat, že je něco pravda, je něco jiného než mít naději. Naděje znamená akceptování reality s optimistickým náhledem. Je důležité dovolit času udělat změny. Jakmile popírání přetrvává, lidé by si měli poradit s duchovním nebo psychologem. Lidé s RS ze dne na den nebo z hodiny na hodinu nevědí, jestli jim bude dobře nebo ne.

„Bezmocnost je bolestivá. Lidé se kvůli ní cítí dětsky a slabě, polekaně nebo našťvaně. Místo toho si někteří lidé myslí, že mohou RS zastavit, nebo že mohli; jen kdyby...ale kvůli tomu se cítí vinni. Jiní se snaží pomoci až moc, ale mohou to udělat špatným způsobem a ve špatném čase. Pravdou je, že existují limity, kolik kdo může udělat. Přiznat si tuto skutečnost je první krok k pomoci člověku s RS a k pomoci rodině se s RS vyrovnat“ (Sarah L. Minden, Debra Frankel, 2008, s 10).

Do určité míry, jako důsledek procesu nemoci, přibližně polovina lidí s roztroušenou sklerózou má nějaké problémy s pamětí, nebo s jinými kognitivními funkcemi. Nejčastější problémy mají lidé s krátkodobou pamětí. Důležitou rolí tady sehrává rodina, jakožto pomocník při těchto problémech. Nemocní s RS by měli v rodině najít

oporu, bezpečí, pohodu a klid. Pozornost by se měla věnovat psychickému stavu. Nemocní by se měli cítit dobře a klidně spát. Pokud by se objevili potíže se spánkem, nebo nemocní s RS pociťovali nadměrný strach a smutek, měli by co nejdříve navštívit svého lékaře. Zda-li to zdravotní stav nemocného s RS dovolí, měl by si užívat svůj volný čas, trávit čas s lidmi, které má nejraději - s rodinou, věnovat se svým koníčkům, zálibám. Nejdůležitější je naučit se pozitivnímu vztahu k aktivnímu životu. Sexuální problémy mohou být jedním z příznaků onemocnění RS, ale mohou mít také jen psychologické nebo emocionální příčiny, případně mohou být vedlejším účinkem léků, užívaných ke snížení svalové ztuhlosti, úzkosti a deprese. Většina z těchto problémů je dnes již úspěšně léčena. Pokud to zdravotní stav dovolí, není důvod měnit zaměstnání, práce je pro některé nemocné antidepresivem. Nemocný s RS by se měl naučit požádat své blízké o pomoc. Jelikož častý příznak spojený s RS je únava, měl by se člověk naučit relaxovat, nic neskrývat, v případě únavy si jít odpočinout, nepřetěžovat se. Pro nemocné s RS není důvod se vzdávat sportovních aktivit, pravidelným cvičením se zlepší jak fyzický tak psychický stav pacienta.

5.1 Kvalita života nemocných s roztroušenou sklerózou

Kvalita života je široký pojem. Každý člověk chápe svoji kvalitu života po svém. Kvalita života by se dala charakterizovat jako bio – psycho – sociální a spirituální rovnováha. U nemocných s roztroušenou sklerózou je tato celková vyrovnanost narušena v důsledku jejich invalidizujícího onemocnění, díky kterému většinou přicházejí o zaměstnání, partnera a později vzniká sociální izolace. Lidé s roztroušenou sklerózou často odmítají uvěřit pravdivým informacím o své diagnóze. Roztroušená skleróza nepostihuje jen lidi nemocné, ale také členy jejich rodin a přátel. Vina je častý pocit u členů rodiny po stanovení diagnózy RS, spousta lidí cítí silný hněv, když se dozví diagnózu. Hněv se může někdy stát jako dobré zamaskování smutku. Je důležité uvědomit si, že RS postihuje každého z rodiny a že členové rodiny mají právo na své pocity. Napětí, které RS přináší do vztahu, se nesmí podceňovat. Často lidé mají kvůli RS poruchu v mozku, která vyúsťuje ve změny nálady, proto je důležité správná diagnóza odborníkem, který s tímto chováním má své zkušenosti. Někteří lidé s RS ukazují překvapující nezájem o svou nemoc a vypadají šťastně, ať se děje cokoli, tomuto stavu říkáme euforie (Sarah L. Minden, Debra Frankel, 2008).

5.2 Základní rady, jak si usnadnit život

Základní rady podle (Shelley Peterman Schwarze, 2008) :

Nemocný s RS by si měl udržovat životní rovnováhu, stanovovat si priority a redukovat veškeré aktivity svého života. Nezapomínat pečovat o sebe, dělat věci, které jsou pro vás a vaši rodinu nejdůležitější. Naučit se rozdělovat aktivity a činnosti do menších úkolů, umět odpočívat. Jíst zdravou a vyváženou stravu. Zda je zapotřebí pomoci druhých lidí, využijte ji.

5.3 Funkční hodnotící stupnice

Stupeň invalidity u pacientů s roztroušenou sklerózou se stanovuje podle několika hodnotících stupnic, z nichž nepoužívanější je EDSS (Expanded Disability Status Scale neboli rozšířená stupnice stavu invalidity), která je nazývána také Kurtzkeho stupnice. Kurtzkeho EDSS škála se skládá z osmi funkčních systémů, které se hodnotí zvlášť, postižení v jednotlivých systémech pak dává určité číslo.

Další často používanou hodnotící škálou je NRS (Neurologic Rating Scale neboli neurologická hodnotící stupnice), která je známa jako Scrippssova stupnice. V této stupnici je normální neurologická funkce hodnocena nulou, zatímco stupně 1+, 2+, 3+ a 4+ představují zlepšení funkčního stavu, přičemž stupně -1, -2, -3 a -4 jeho zhoršení (www.ereska.cz).

5.4 Organizace sdružující nemocné s roztroušenou sklerózou v České republice

Unie Roska, Česká multiple sclerosis společnost, jejichž posláním je pomáhat lidem s roztroušenou sklerózou žít co možná nejkvalitnější, důstojný a plnohodnotný život. Toto sdružení má celorepublikovou působnost ve všech 14 krajích ČR.

Další organizací sdružující nemocné s RS je společnost Ceros o.p.s., jehož cílem je zajistit nemocným s roztroušenou sklerózou mozkomíšni včasnou, komplexní, trvalou a vysoce odbornou péči, zlepšit příznaky a průběh onemocnění, a zlepšit tak kvalitu života nemocných a tím zároveň i jejich blízkých (<http://www.ceros.cz/clanky/o-nas>).

V České republice funguje 11 MS center, která fungují v rámci neurologických

oddělení. Praha FN Motol, Praha FN Královské Vinohrady, Praha Všeobecná FN, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Brno Bohunice, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, Krajská nemocnice Pardubice, Baťova nemocnice Zlín, Nemocnice České Budějovice.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Kazuistika

Za účelem vypracování praktické části jsem vykonávala odbornou praxi na neurologickém oddělení v nemocnici Chrudim, kde byla dne 24. 3. 2011 přijata pacientka pro zhoršení centrální symptomatiky - pocit slabší PDK, bolesti hlavy, nausea nejspíše v souvislosti s další atakou RS po doporučení neurologického lékaře dne 23. 3. 2011 v neurologické ambulanci. Údaje pro zhodnocení zdravotního stavu a posouzení aktuálních potřeb jsem získávala ze zdravotnické dokumentace pacientky, rozhovorem s pacientkou, ošetřovatelským personálem, na základě pozorování a informací od rodinných příslušníků. Podle modelu Virginia Henderson: Teorie základní ošetřovatelské péče jsem sestavila ošetřovatelskou anamnézu a na základě zjištěných údajů zformulovala aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy dle priorit pacientky a navrhla plán ošetřovatelské péče, který jsem pravidelně vyhodnocovala. U pacientky jsem aplikovala ošetřovatelskou péči od 24. 3. 2011 do 29. 3. 2011.

6.1 Základní údaje pacientky

Jméno a příjmení: J.H.

Věk: 43 let

Pohlaví: ženské

Rodinný stav: vdaná

Zaměstnání: plný invalidní důchod III. Stupně od 23.dubna 2011

Typ přijetí: po doporučení neurologického lékaře při kontrole v neurologické ambulanci pro zhoršení stavu.

6.2 Lékařská anamnéza

Základní onemocnění:

- Roztroušená skleróza mozkomíšní s pravostrannou centrální hemiparézou

- Tumor infratentoriálně vlevo, v. s. Ependyomom
- Levostranná paramed. hernie disku C5 – 6 se stenózou kanálu páteřního, klinicky nevýznamné
- Provedená V - P drenáž pro obstrukční aktivní 4 - komorový hydrocefalus
- Depresivní syndrom léčený

Nynější onemocnění: Pacientka s diagnózou roztroušená skleróza přijata pro údajné zhoršení centrální symptomatiky - pocit slabší PDK, bolesti hlavy, nausea ke kontrolnímu pobytu a stabilizaci stavu. Léčí se s roztroušenou sklerózou mozkomíšní s postižením dx. končetin. Od roku 2006 nebyla vážněji nemocná, v polovině ledna 2006 bolesti LDK, bylo podezření na zánět žil, ten ale vyloučen, pak se přidala bolest nebo spíše horší obratnost PDK a následně i PHK. Postupně se zhoršovala chůze, zakopávala, napadávala na PDK. Přetrvávaly pocity horka v dolních končetinách zevnitř, bolesti hlavy, velmi rychlá únavnost, objevila se změněná citlivost. Po chůzi si musela odpočinout. V únoru 2006 byla pacientka přijata k hospitalizaci v nemocnici Chrudim pro zhoršující se hybnost DK, klinický nález podmíněn zjištěnou RSM, po infuzích Solumedrolu zlepšení pravostranné centrální hemiparézy. Provedeno neurochirurgické konsilium v Hradci Králové s doporučeným sledováním stavu pacientky. Pocity nejistoty chůze přetrvávaly.

Osobní anamnéza: V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Roztroušená skleróza mozkomíšní dle opakovaných vyšetření magnetickou rezonancí mozku a krční páteře, likvorový nález v 2/06 negativní, v 3/07 jeden oligoklonální pás v moku. Intraaxiální tumor infratentoriálně vlevo, v.s. Ependyomom, dle MR 12/06 mírná regrese cystické složky. Levostranná paramed. hernie disku C5 - 6 se stenózou kanálu páteřního, klinicky nevýznamná. Depresivní syndrom léčený. Dne 7. 4. 2011 odeslána z neurologického oddělení nemocnice Chrudim na neurochirurgickou kliniku do Hradce Králové k provedení instalace V - P drenáže pro 4 - komorový hydrocefalus.

Rodinná anamnéza: Otec léčen pro diabetes mellitus, v 3/99 bypass srdce, zemřel v 65-ti letech na maligní TU mozku, matka žije 68 let léčí se s vysokým cholesterolem a arteriální hypertenzí, bratr 40 let hemilaminektomie pro LI sy. Roztroušená skleróza zjištěna také u jejího syna 11/04 po pacientem udávaném dvojitým vidění a MRI..

Sociální anamnéza: Vdaná, žije společně v rodinném domě s manželem a třemi dětmi. Nejstarší dcera (23 let) studuje vysokou školu, mladší syn (21 let) pracuje jako traktorista a léčí se s RSM v Pardubické krajské nemocnici, nejmladší syn (17 let) studuje střední odborné učiliště.

Pracovní anamnéza: Pacientka po vystudování 4 - letého gymnázia s maturitou začala pracovat jako dělnice mezitím byla střídavě na mateřské dovolené s třemi dětmi. Později pracovala jako uklízečka u praktické lékařky. V roce 2007 dostala částečný invalidní důchod I. stupně, s kterým pracovala na částečný úvazek v přidružené výrobě v RD Krouna. I přes zkrácený úvazek se velmi rychle unavila a nezvládala pracovní vytížení, které se po ní požadovalo kvůli obtěžujícím bolestem DK. Tato situace byla řešena pracovní neschopností. Pro přetrvávající potíže při chůzi a instalaci V - P drenáže ji byl přiznán od dubna 2011 plný invalidní důchod III. stupně.

Tabulka 1: Farmakologická anamnéza

Název	Síla (mg)	Způsob použití	Dávkování	Indikační skupina
Prednison	10 mg	Per os	obden	Hormon ze skupiny glukokortikoidů
Imuran	50 mg	Per os	1 - 0 - 0	Imunosupresivum
Kalium chloratum	500 mg	Per os	1 - 0 - 1	Přípravek obsahující draslík
Aurorix	150 mg	Per os	1 - 0 - 1	Antidepressivum
Neurol	1 mg	Per os	0 - 0 - 1	Benzodiazepin
Stilnox	10 mg	Per os	Dle potřeby	Hypnotikum
Helicid	20 mg	Per os	1 - 0 - 0	antiulcerozum

Alergická anamnéza: Alergie neudává.

Abusus: Je nekuřačka, alkohol ani jiné psychotropní látky neužívá. Občas kávu.

6.3 Lékařská ordinace

Plánovaná vyšetření: Během hospitalizace na neurologickém oddělení pacientka podstoupila: 24. 3. 2011 laboratorní vyšetření krve (**KO:** B-LE: 8,1 **16,5 12,1** $10^9/l$, B- ER: **5,20 5,26 4,94** $10^{12}/l$, B-HB: 138 143 134g/l, B-HTC: **0,440** 0,426 0,398, B-MCV: 84,6 81,0 80,6 fl, B-MCH: **26,5 27,2 27,1** pg, B-MCHC: 314 336 33g/l, B-TROM: 372 329 309 $10^9/l$, **Diferenciál KO:** B-NSEG: **0,915**, B- LY: **0,056**, B-ESEG: 0,000, B- NTYC: **0,000**, B- BSEG: 0,000, B-MO: **0,029**, **Serum:** S- BIL: 14 6 umol/l, S- GLU: 5,21 mmol/l, **Minerály:** S- Na: 141 138 mmol/l, S- K: 4,3 3,9 mmol/l, S- Cl: 107 103 mmol/l, S- OSMV: 290 mmol/kg, S- OSME: 287 mmol/kg, **Dus. met:** S- UREA: 2,8 4,5 mmol/l, S- KREA: 69 51 umol/l, **Enzymy:** S- ALT: 0,32 0,27 ukat/l, S- AST: 0,28 0,18 ukat/l, S- GMT: 0,22 ukat/l, S- ALP: 1,14 ukat/l, **Tuky:** S- TAG: 0,75mmol/l, S- CHOL: **6,55** mmol/l, **Proteiny:** S- CRP: 1 mg/l, **Moč kval.:** U- HUST: 1 017 1 022 1 025 kg/m³, U- PH: 5,0 **7,0 6,5**, U- ERYch: 0 arb.j., U- LEUch: 0 arb.j., U- PRO: 0,00 0,00 0,00 arb.j., U- GLU: 0,00 arb.j., U- KETO: 0,0 0,0 0,0 arb.j., U- UBG: 0 0 0 arb.j., U- BILI: 0 0 0 arb.j., U- NITR: 0 0 0 arb.j., **Moč – sediment:** U- LEUc: **30,2 34,0** $10^6/l$, U- ERYc: **49,0 17,1** $10^6/l$, U- Eplc: **13,8 28,5** $10^6/l$ 1, U- EPIKc: 3,2 3,2 $10^6/l$, U- VALc: 0,00 0,00 $10^6/l$, U- VALp: 0 0-, U- BAKTc: **359,3 1 378,6** $10^6/l$, U- SPERC: 0 0 $10^6/l$, U- KRST: 2 0 , U- KVAS: 0 0 , U- HLENC: 3 2 , **Ren. Funkce:** C- eGf: 1,430 **2,027** ml/s/1,73m²

28. 3. 2011 UZ celého břicha: Játra nezvětšená, difuzně vyšší echogenity. Přiměřený nález na žlučníku, žlučových cestách, přehledné části pankreatu, slezině a ledvinách. Močový měchýř hladkých stěn, bez patologického obsahu. Aorta bez dilatace. Není patrná lymfadenopatie. Kličky střevní bez zřejmé patologie. Není volná tekutina v dutině břišní. Závěr: Difuzní hepatopatie- steatóza.

Esofagogastroduodenoskopické vyšetření 29. 3. 2011: Jícen má sliznici růžovou, lumen přiměřené, dolní jícnový svěrač dovírá, sliznice v oblasti GE přechodu zarudlá, lehce krvácí, žalud. jezírko čiré, stěna žaludku pružná, řasy autoplastické, peristaltika

plynulá k pyloru, ten bez deformací, bulbus, DII bpn. Žaludek s příměsí natrávené potravy. Závěr: Nevelká erose v obl. GE přechodu, pravděpodobně způsobena opakovaným zvracením. Jinak normální nález na horním GITu. Doporučení: Lanzul či Helicid 1*1 ráno nalačno.

CT mozku 29. 3. 2011: V popředí nález rozšíření komorového systému, frontální rohy postranních komor šíře 21 a 23 mm, temporální rohy 22 a 24 mm, III. komora šíře 15 mm, IV. komora 17 mm. Kolem komorového systému hůpodenční změny svědčící pro aktivitu hydrocefalu. Gyrifikace vymizelá, diferenciace bílé a šedé hmoty zachovaná. Infratentoriálně vlevo v mostomozečkovém koru nativně lehce hyperdenzní a postzkontrastně výrazně se sytící zóna density 88 HU velikosti 15*13*13mm, bez porušení okolních kostních struktur. Bazální cisterny prostorné, symetrické. Kalcifikace v epifyse a chorioideálních plexech postranních komor, fyziologického vzhledu. Turecké sedlo nezvětšeno, vnitřní zvukovody symetrické, nerozšířené. Pneumatizace spánkových kostí zachovalá, symetrická. Bez známek intrakraniálního krvácení. Závěr: Tetraventrikulární hydrocefalus s obrazem aktivity. Tumor vlevo infratentoriálně v mostomozečkovém koutu.

6.4 Terapie

Terapie u pacientky probíhala během doby hospitalizace, od 24. 3. 2011 do 29. 3. 2011.

Tabulka 2: Farmakologická terapie

Název	Síla (mg)	Způsob použití	Dávkování	Indikační skupina
Prednison	10 mg	Per os	obden	Hormon ze skupiny glukokortikoidů
Imuran	50 mg	Per os	1 - 0 - 0	Imunosupresivum
Kalium chloratum	500 mg	Per os	1 - 0 - 1	Přípravek obsahující draslík
Aurorix	150 mg	Per os	1 - 0 - 1	Antidepresivum

Neurol	1 mg	Per os	0 – 0 - 1	Benzodiazepin
Stilnox	10 mg	Per os	Dle potřeby	Hypnotikum
Helicid	20 mg	Per os	1 – 0 - 0	antiulcerozum

Infuze: Solu- medrol 500 mg do FR 1/1 100 ml i.v.

6.5 Posouzení celkového stavu pacientky

Při posuzování celkového stavu pacientky jsme vycházely ze základního fyzikálního vyšetření lékaře a všeobecné sestry.

Tělesná hmotnost: 74kg

Výška: 154 cm

BMI: 31

TK: 120/75 Torrů

P: 76', pravidelný, dobře hmatný

Df: 18', pravidelná, bez dechových zvuků

TT: 36, 5°C

Celkový nález

Při vědomí, orientovaná místem, časem, spolupracuje, kontakt dobrý. Konstituční typ obézní, stav výživy a svalstva přiměřený. Abnormální pohyby nepřítomné, meningeální příznaky nepřítomné. Řeč jasná, srozumitelná. Eupnoe. Poloha aktivní. Postoj vzpřímený. Kůže bez patologických eflorescencí, bez známek krvácení, anikterická, bez cyanozy, kožní adnexa a ochlupení bez odchylek. Napětí svalstva přiměřené věku, turgor kůže nesnížený, akra teplá. Sliznice vlhké, bez povlaku, bez příznaků krvácení.

Hlava: Tvar lebky mezocefalický, pokleповě a na pohmat nebolestivá, deformity nepřítomné, výstupy hlavových nervů nebolestivé, **Oči:** oční štěrbiny souměrné, bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé, izokorické, reakce na osvit výbavná, reakce na

korvengenci správná, pohyblivost bulbů neporušená, skléry bílé, spojivky růžové, klidné, nystagmus nepřítomný, zhoršení visu do dálky. **Dutina ústní:** rty souměrné, růžové bez cyanozy, vlhké, bez povlaku. Jazyk plazí ve střední čáře, vlhký bez povlaku. Chrup: sanován. Patrové oblouky symetrické, při fonaci dobře pohyblivé. Faryngeální oblouky a tonzily klidné, nepovlečené, bez známek zánětu, orofarynx klidný, bez zánětu. **Uši a nos:** bez výtoku.

Krk: Plexy nebolestivé, šíje bez opozice, asymetrie ramen, pravé níže, bez výraznějších blokády. Pulzace karotid hmatná, symetrická, bez hmatných virů a šelestů. Náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza na pohled a pohmat nezvětšená. Lymfatické uzliny nezvětšeny.

Hrudník: Symetrický, klenutý, bez změn tvaru a postavení, bez deformit. Axily beze změn barvy kůže, lymfatické uzliny nehmatné. Dýchací pohyby symetrické. Fremitus pectoralis neoslabený, symetrický. Poklep nad plícemi jasný, nezvučný. Poslechově dýchání nad velkými dýchacími cestami trubicové, nad plícemi oboustranně sklípkové, bez vedlejších patologických fenoménů v celém rozsahu, fyziologický poměr trvání inspiria a expiria.

Srdce: Úder hrotu neviditelný, nehmatný. Srdce pokleповě nezvětšeno, akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů.

Břicho: Souměrné, v nivo, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. Stěna pevná, bez edému, s jizvou, bez strií, venozní kresba nezvýšená. Břicho měkké, prohmatné, palpačně a pokleповě nebolestivé, povrchová a hluboká palpance bez známek resistance, bez známek peritoneálního dráždění. Poklep diferencovaně bubínkový, ascites nepřítomný. Mrdat. Hepar palpačně a pokleповě nepřesahuje pravý žeberní oblouk v medioklavikulární čáře. Slezina nenaráží. Peristaltika slyšitelná. Tapottement bilat. negativní. Vnější genitál bez odchylek, inguiny volné, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, hernie nepřítomné. Okolí konečníku klidné, tonus análního sfinkteru přiměřený, digitální nález per rectum bez odchylek, palpance nebolestivá. Douglasův prostor nevyklenutý, nebolestivý.

Horní končetiny: Mingazzini bez poklesu, taxe přesná, stisk a špetka symetrické, Tromner, Hofmann poz. vpravo, C5- C8 výb., symetrické, hypestesie na HK nejsou, atrofie nejsou. Síla stisku oboustranně slabší.

Dolní končetiny: Chladná akra, py na LDK 0, vpravo náznak vějíře, taktilní cití bez poruchy, trofika normal., svalový tonus přiměřený, L2/4 vlevo živý, vpravo hyperreflexie, živější L5/S2 vpravo, Mingazzini vlevo bez poklesu, vpravo pozvolný, ale jasný pokles, lehce nepřesná taxie zprava, sjíždění v normě, chůze spastickoparetická vpravo, vtáčí pravou špičku.

Páteř: Fyziologické zakřivení v bočním i zadním pohledu v celém rozsahu, přiměřeně se rozvíjí. Pohyblivost ve fyziologickém rozmezí zachována. Pohmatem ani poklepem nebolestivá.

6.6 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Virginie

Hendersonové

Pro zhodnocení zdravotního stavu a k posouzení aktuálních potřeb pacientky jsme vybrali model dle Virginia Henderson. Lidé jsou tvořeny čtyřmi základními složkami, biologickou, psychickou, sociální a složkou spirituální, které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb (Pavlíková, 2006).

Třídění informací podle teorie Virginia Hendersonové ze dne 28. 3. 2011

1. Dýchání

Subjektivně: „Dýchá se mi dobře, s dýcháním jsem problémy nikdy neměla, jen kašle se nemohu zbavit, někdy se rozkašlu, že se musím jít rychle napít a zase to přejde“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka nemá problémy s dýcháním, jen ji občas přepadne záchvat kašle“.

Objektivně: Dýchání spontánní, pravidelné, frekvence 18/min. Dýchací šelesty nepřítomné. Auskultačně - dýchání sklípkové, čisté, bez vedlejších fenoménů. Typ dýchání normální. Hloubka normální. Kašel suchý, neproduktivní bez vykašlávání spůta. Pacientka zaujímá normální polohu vleže na zádech. Matrace je vcelku, antidekubitární, pacientka má možnost s pomocí tlačítka různého polohování postele. Informace o správném držení těla při stání, sezení a ležení: pacientka je informovaná a ví jakou polohu má zaujímat při problémech s dýcháním. Emocionální stres nepocituje. Příznaky narušené výměny plynů: nepřítomné. Teplota prostředí pokoje je 22°C, vlhkost vzduchu je asi 60% bez zápachu.

2. Přijímání jídla a pití

Subjektivně: „Vypiju asi slabý litr tekutin, převážně minerální vody a občas čaj, moc nepiju, abych nemusela pořád lítat na záchod, doma si ráno ke snídani uvařím kafe. Jídlo se snažím jíst v menších dávkách víckrát za den a myslím, že pravidelně, v poslední době, sem jedla jen piškoty s čajem, neměla jsem na nic chuť“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Dříve, když na tom mamka byla lépe, tak si snažila uvařit něco jednoduchého sama, s postupem času od zhoršení jejího stavu, ale většinou vaří taťka, když přijde z práce a mamka si to druhý den jen ohřeje“.

Objektivně: Chuť k jídlu menší, vzhledem k naušae a zvracení. Dieta č. 3, racionální. Příjem množství potravy za 24/h: čaj a piškoty, polévku. Těžkosti s přijímáním potravy ano, pacientka je vyčerpaná z neustálého zvracení. Strava není ovlivněná kulturními zvyky. Strava je podávána esteticky. Není známá alergie na jídlo a potraviny. Intravenózní výživa: 0. Enterální výživa: 0. Krmení: pacientka je z částečně soběstačná, někdy najdeme vysypané piškoty v posteli, díky nemotornosti pacientky. Časový rozvrh stravy 3* denně podle harmonogramu oddělení. Spolupráce s dietetikem není potřebná.

3 Vylučování

Subjektivně: „Moc nepiju, abych nemusela tolik chodit na záchod, teď co mě neposlouchají nohy se sama bojím jít, abych někde neupadla. Co sem tady v nemocnici musím zvonit na sestřičky, aby se mnou radši šly“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka si kolikrát naříkala, že když hodně pije, tak musí často na záchod sotva, že doběhne, proto omezila příjem tekutin. Se stolicí problém nemá, je soběstačná, netrpí ani zácpou ani průjmem, stolicí má pravidelnou, většinou ráno“.

Objektivně: Vyprazdňování tlustého střeva s pomocí na WC, stolice 1/denně, pravidelná, hnědé barvy polotuhé konzistence, bez patologických příměsí s charakteristickým zápachem. Nepoužívání pomocných prostředků k vyprazdňování. Vylučování moči s pomocí na WC, odhad množství moči 900ml/24 hodin, frekvence: častěji v menších množstvích 6krát přes den a v noci 3krát. Problémy s močením ano, inkontinence moči. Od 27. 3. 2011 zaveden močový katetr, číslo 14. Pocení nadměrné- osprchování zvládá s dopomocí ošetřujícího personálu, nebo s pomocí na lůžku z

důvodu vertigo. Zápach není přítomný. Pacientka má soukromí a pohodlí v souladu s věkem. Speciální zvyky neudává. Pokožka je mastná z důvodu nadměrného pocení, ale je pravidelně sprchována, takže riziko dekubitu nehrozí.

4 Pohyb a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení ležení, při změně polohy

Subjektivně: „Doma sem byla v rámci možností soběstačná, hodně mi pomáhají děti, s koupáním mi pomáhal manžel, když se mi motala hlava. Při chůzi si nejsem jistá, tak si vypomáhám holí!“.

Údaje poskytnuté dcerou: „ Při chůzi mamce paní doktorka doporučila takovou hůlku a řekla bych, že se s ní mamka cítí jistěji, jinak se jí hodně snažíme pomoci, aby se tak rychle neunavila“.

Objektivně: Postel je vhodná s antidekubitární matrací vcelku. Povlečení na lůžko je čisté vyměněné podle potřeby. Stolička pod nohy a křeslo je na pokoji. Nepotřebuje pomůcky k manipulaci. Polohování pacientka nepotřebuje, obrátí se na bok, záda dle potřeby. Výměna postelního prádla, se provádí každé ráno, dle potřeby. Spolupráce s fyzioterapeutem není zatím potřebná.

5 Odpočinek a spánek

Subjektivně: „Někdy se cítím strašně unavená, že bych prospala noc a den, občas si doma vezmu prášek na spaní“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka chodí brzo spát, aby si odpočinula, protože je na ní večer vidět, jak už je unavená. Nemá problémy s usínáním, ale je několikrát za noc vzhůru, někdy si vezme prášek na spaní“.

Objektivně: Spánek je nekvalitní a přerušovaný. V noci se budí minimálně 3krát. Přes den polehává snaží se usnout, protože ji vyčerpává zvracení a je celkově unavená. Před spaním večer provádí s dopomocí ošetřovatelského personálu večerní hygienu, zuby si čistí 2krát/denně, vlasy udržuje v čistotě. Po probuzení se necítí odpočinitá. Hypnotika v nemocnici neužívá. Povlečení je čisté, pokoj je vyvětraný. Zvyky při usínání nemá.

6 Výběr oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně: „V tomto směru jsem soběstačná, snad se ještě dokážu obléknout, když venku vidím, že je zima“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka se dokáže víceméně obléknout sama, její výběr oblečení odpovídá počasí, nejlépe se cítí jen tak v teplákách a halence. Doma často chodí jen tak ve spodním prádle, jelikož si stěžuje na hrozné, nesnesitelné teplo v DK. Nejvíce ji dělá problém obléknutí ponožek, na to se musí posadit a dát si nohu přes nohu, když spěcháme tak ji pomohu“.

Objektivně: Nepotřebuje pomoci při výběru vhodného oblečení. Minimální závislost v těchto činnostech, fyzická síla: pacientka je adekvátně oblečená podle ročního období a přiměřeně k pobytu na oddělení- noční košile, ponožky, župan, pantofle. Úkony související s oblečením zvládá s dopomocí.

7 Udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot

Subjektivně: „Není mi zima“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka je teplomilný člověk, má raději teplo, než aby si musela obléct o svetr navíc kvůli zimě. Netrpí na nějaké vysoké teploty, v poslední době si stěžuje na velké horko v nohou zevnitř. Všimla jsem si zvýšeného pocení.“

Objektivně: Výběr oblečení zvládá sama podle ročního období. Okolní prostředí, průvan, chlad, teplo toleruje bez známek zvýšené teploty. Měření tělesné teploty teploměrem: 2krát/24hodin. TT: 36,9°C. Aplikace koupelí, zábalů, prostředků na ↓/↑ teploty nejsou potřebné.

8 Udržování čistoty , úpravy těla, ochrana pokožky

Subjektivně: „Doma jsem se snažila umýt sama, jen když mi nebylo dobře, motala se mi hlava, tak mi pomohl manžel“. A v nemocnici? : „ teď nevím“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Když je mamce dobře a cítí, že to zvládne sama, necháme ji, aby se umyla ve vaně sama. Sprchu moc nevyužíváme, mám strach, aby nám mamka neuklouzla. Nehty ji stříhá většinou taťka 4krát/měsíc. O pokožku pečuje nočním krémem, který si zvykla používat“.

Objektivně: Koupání probíhá s dopomocí ošetřovatelského personálu ve sprše na

sedátku. Zuby si vyčistí sama 2krát/denně. Česání vlasů, čištění nosu si pacientka zvládá sama, ale musí ji to sestra připomenout, aby to provedla. Používá toaletní mýdlo, šampon a antiperspirant, krém na obličej, jiné speciální přípravky nepoužívá.

9 Odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou

Subjektivně: „Nerada bych spadla, teď je to všude vosmekaný“

Údaje poskytnuté dcerou: „Doma mi mamka nepřipadala nijak ohrožená, že bychom ji museli například zamykat doma, aby nám neutekla a podobné věci, aby si neublížila v tomhle směru je soběstačná a je na ní spolehnutí. Strašně ráda si povídá s rodinou jen tak u čaje. Praktická lékařka ji chtěla očkovat proti chřipce, ale mamka odmítla, jednou se nechala a měla jednou takové chřipky, tak jsme to pro letošek odložily“.

Objektivně: Pacientka je při vědomí, orientovaná osobou, ne místem a časem. Neprojevila zájem o náboženské zvyky. Nevyžaduje dohled před mechanickým zraněním- oheň toxické látky, patogenní organismy z okolí. Ošetřující služba není potřebná, doma se o ni stará manžel a pomáhají děti. Léky jsou uloženy v uzamčené lékárně na oddělení a dávkování je pravidelně ráno, oběd, večer sestrou. Bezbariérové plochy: ano, oddělení je bez prahů a na sociálních zařízeních jsou madla. Pacientka je informovaná o možnosti očkování vakcínou proti chřipce. Používání ochranných jednorázových pomůcek: ano.

10 Komunikace, odpovídání na potřeby a pocity

Subjektivně: „S komunikací nemám problémy“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka dříve s komunikací problémy nikdy neměla. Mluvila o všem na co si jen pomyslela. S postupem nemoci, tak jak zapomíná na běžné věci, zapomíná i na slova, trvá jí delší dobu než si vzpomene na určité věci. Dokáže se i urazit a zlobit se na ostatní, kteří vykládají o něčem na co si ona nedokáže vzpomenout, tvrdí, že určitě ne, nedokáže přistoupit na to, že by jen ona mohla zapomenout a nevzpomenout si o čem ostatní zrovna mluví“.

Objektivně: Pacientka nemá bohatou slovní zásobu, odborné terminologii nerozumí. Komunikace s pacientkou se navozuje obtížně, je unavená, nemá chuť si povídat, během komunikace upadá do spánku. Výraz tváře i těla odpovídá neporozumění kladených otázek.

11 Vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla

Subjektivně: „Věřím v boha“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka je katolického vyznání. Do kostela ovšem nikdy nechodila, do kostela jde jen na pohřby a na Štědrý den na Půlnoční. Potřebu duchovního nikdy nevyhledávala“.

Objektivně: Pacientka vyjadřuje důvěru své rodině. Duchovní služby pro klientku rodinnými příslušníky požadovány nejsou.

12 Práce – zaměstnání a produktivní činnost

Subjektivně: „Jsem na důchodě“.

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka je od roku 2007 na částečném invalidním důchodě I. Stupně, pracuje na částečný úvazek, ale i to je pro ni náročné, tak je většinu času v pracovní neschopnosti. Nemá žádný koníček, nedokáže se pro nic nadchnout. Zhoršující se nemoc sebou odnesla všechnu mamky optimismus“.

Objektivně: Pacientka má naplánované vyšetření v průběhu dne, které musí zvládnout za diagnosticko - terapeutickým účelem. Spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, není prioritní vzhledem ke zhoršenému stavu pacientky.

13 Odpočinkové (rekreační) aktivity

Subjektivně: „Jsem unavená“, pacientka opakovaně zvrací.

Údaje poskytnuté dcerou: „Když byla mamka ještě zdravá, ráda se ve volných chvílích projížděla na kole, zálibu si našla i v práci na zahrádce, ať už v pěstování zeleniny, ovoce a květin. V zimě se ráda dívala na televizi, když ji dávali její oblíbené seriály, mamka měla nejraději staré ještě černobílé filmy, u nich vydržela dlouho, ale poslední dobou u televize dlouho nevydrží, stěžuje si, že jí z toho bolí oči, tak si jde raději lehnout. V čtení knih zálibu nenašla nikdy. Když je pěkné počasí zajdeme na zahradu na čerstvý vzduch, aby se mamka vyvětrala“.

Objektivně: Rozvržení času vhodného pro rozptýlení a zábavu. Pacientka nejeví zájem o knihy a časopisy, vůbec o nic, protože jí není dobře, často zvrací. Zdravotní stav pacientky se zhoršil, vyžaduje neustále sledování zdravotnického personálu. Návštěvy společenské místnosti, knihovny nepřipadají v důsledku zdravotního stavu v

úvahu. Tělesná aktivita- chůze spočívá v doprovodu a pomoci ošetrovatelského personálu na sociální zařízení.

14 Učení

Subjektivně: „Nevím“

Údaje poskytnuté dcerou: „Mamka má vystudované gymnázium s maturitou, po škole ale otěhotněla a vysoká škola šla na druhou kolej, později pracovala jako uklízečka, a pak v přidružené výrobě jako dělnice na částečný úvazek, kde svoji práci také nezvládala. Mamka má problémy s pamětí, nedokáže si vzpomenout na určité věci z minulosti. Zlobí se na ostatní, když si nedokáže zrovna rozpomenout o čem je řeč. Největší její problém jsou podané či nepodané léky, často se jí stává, že si zapomene vzít léky a pak marně vzpomíná, jestli si je opravdu vzala nebo ne, proto na ní musíme dávat pozor“.

Objektivně: Pacientka má středoškolské vzdělání. Současná paměť pacientky je narušena, značně je narušena dlouhodobá paměť, nevybavuje si události proběhlé v minulosti, krátkodobá je narušena minimálně. Používaný jazyk pacientky je spisovná i nespisovná čeština. Pacientka je informovaná o možnostech léčby lékařem. Rodina je edukovaná o léčbě, prevenci onemocnění, změně ve zdraví. Obnovení nezávislosti v souvislosti se zlepšujícím se stavem pacientky.

6.7 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I.

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I jsou sestaveny dle priorit za společného uvážení pacienta a všeobecné sestry.

(DOENGES- MOORHOUSE, 2001)

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. **Pohyblivost porušená** v souvislosti s neuromuskulárním onemocněním, projevující se omezeným rozsahem pohybu, omezenou schopností vykonávat hrubé nebo jemné motorické dovednosti, slabostí dolních končetin, neschopností vykonávat každodenní činnosti, používáním kompenzačních pomůcek.
2. **Péče o sebe sama nedostatečná** v souvislosti s omezenou pohyblivostí a slabostí, projevující se potřebou dopomoci jiné osoby při oblékání, koupání,

přesunu z lůžka na sociální zařízení.

3. **Nauzea** v souvislosti s centrálním kmenovým drážděním, projevující se zvracením.
4. **Inkontinence moči urgentní** v souvislosti s degenerativním onemocněním, omezenou pohyblivostí, změnou duševního stavu/ zmateností, projevující se častým močením malého množství, nykturií, nucením na močení, neschopností dojít včas na sociální zařízení.
5. **Chůze porušená** v souvislosti se základním onemocněním, projevující se nejistotou při chůzi, porušenou schopností ujít požadovanou vzdálenost, zhoršenou centrální symptomatikou- pocitem slabší PDK.
6. **Výživa porušená, nedostatečná** v souvislosti s neustálým zvracením a neschopností požit a strávit potravu se živinami, projevující se nedostatečným příjmem potravy per os, odporem k jídlu (zvracení), slabostí svalů potřebných k polykání a žvýkání.
7. **Spánek porušený** v souvislosti s přetrvávajícím zvracením, únavou, nedostatkem soukromí, projevující se nedostatečným odpočínutím, probouzením se vícekrát během noci, sníženou funkční schopností, dezorientací, neklidem, mírným třesem rukou, tváří bez výrazu.
8. **Paměť porušená** v souvislosti s neurologickou poruchou, projevující se neschopností vybavit si minulé děje či konkrétní informaci, pozorovanými případy zapomínání, neschopností určit, zda něco bylo provedeno, zapomínání na různé činnosti dle rozvrhu.
9. **Myšlení porušené** v souvislosti s degenerativním onemocněním, projevující se nepřesnou interpretací prostředí, nepřiměřeným myšlením nezakládající se na realitě, poruchou paměti- dezorientace místem, časem, kognitivním nesouladem, poruchou soustředění.
10. **Únava** v souvislosti s přetrvávajícím zvracením, úzkostí, projevující se pocitem chybějící energie, znemožňující vykonat běžné úkoly, zvýšenou potřebou odpočinku, vyčerpáním, neschopností nečerpat energii spánkem.

11. **Beznaděj** v souvislosti se zhoršením celkového zdravotního stavu, projevující se odvrácením od mluvícího člověka, zavírání očí, sníženou odpovědí na podněty.
12. **Komunikace verbální porušená** v souvislosti s poruchou vnímání, projevující se obtížemi při vyjadřování, dezorientací místem a časem, nefungující verbalizací, potížemi s chápáním a udržováním obvyklého způsobu komunikace, absencí očního kontaktu.
13. **Udržování domácnosti, porušené** v souvislosti s onemocněním člena rodiny, nedostatkem znalostí, projevující se potížemi s udržováním domácnosti v dobrém stavu, přetížeností členů rodiny.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedeným periferním žilním katetrem.
2. **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katetrem.
3. **Poranění, zvýšené riziko** v souvislosti s poruchou hybnosti a dočasnou dezorientací.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Pohyblivost porušená v souvislosti s neuromuskulárním onemocněním, projevující se omezeným rozsahem pohybu, omezenou schopností vykonávat hrubé nebo jemné motorické dovednosti, slabostí dolních končetin, neschopností vykonávat každodenní činnosti, používáním kompenzačních pomůcek.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde ke zhoršení pohyblivosti, pádu - do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná a ví, jakým způsobem se má pohybovat a je schopna spolupráce při vykonávání každodenních činností - do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Okolní prostředí je bez rizika pádu (jsou odstraněny rizikové faktory) a možnosti poranění pacientky (do 2 hodin po přijetí).

- Pacientka zná důvody rizika pádu a možné následky úrazu (do 24 hodin po přijetí).
- Pacientka se zúčastňuje rehabilitace a podílí se na sebeděči (do 24 hodin).
- Pacientka si je při chůzi jistější (do konce hospitalizace).
- Pacientka toleruje a snáší pomoc druhých (do 24 hodin).
- Pacientka má lepší schopnost vykonávat hrubé a jemné motorické dovednosti (do konce hospitalizace).
- Pacientka má zmírněnou slabost dolních končetin (do konce hospitalizace).

Plán intervencí:

- Zhodnot' dle Folsteinova testu – Mini-Mental - State test (MMS) míru kognitivní funkce pacientky a její schopnosti chápat požadované příkazy - do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.
- Zhodnot' riziko pádu (dle stupnice Zjištění pádu) – do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.
- Zhodnot' dle Barthelova testu základních všedních činností (ADL - activity daily living) stupeň sebeděče – do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.
- Informuj pacientku o opatrnosti při používání kompenzačních pomůcek, dle potřeby nabídni pomoc - do propuštění z nemocnice - všeobecná sestra.
- Monitoruj pacientky celkový fyzický a psychický stav – denně po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- Dle indikace lékaře zavolej rehabilitační sestru – do 24hodin po přijetí - všeobecná sestra.
- Zajisti bezpečnou úpravu prostředí, osobní věci, dostatek pití, signalizační zařízení na dosah pacientky - do 1 hodiny po přijetí - všeobecná sestra.
- Postupuj podle rozvrhu, zahrnujícího dostatečná období odpočinku během dne, aby se zmírnila únava – do 24 hodin po přijetí - všeobecná sestra.
- Poskytni pacientce dostatek času na provedení různých pohybových úkonů - do

4 hodin po přijetí - všeobecná sestra.

– Pobízej ji k účasti na péči o sebe sama a volnočasových aktivitách - do konce hospitalizace - všeobecná sestra.

– Posiluj její sebepojetí a vnímání nezávislosti – do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.

– Dbej na bezpečnost a prevenci pádu pacientky - do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.

– Pobízej pacientku k pití a příjmu výživných potravin – do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.

– Zapoj pacientku a její blízké do péče a nauč je, jak zvládat problémy s imobilitou při propuštění do domácí péče – v den propuštění - všeobecná sestra.

Realizace: (24. 3. 2011 – 29. 3. 2011):

- Při přijetí dne 24. 3. 2011 v 8.00 hodin jsem paní J.H. doprovodila na pokoj, kde jsem její osobní věci a věci denní potřeby (pití, kapesníky, mobil, toaletní papír a hůl) pacientce zajistila (do 1 hodiny po přijetí) na stoleček vedle lůžka pro snazší dosah. Ostatní věci jsem po uvážení s pacientkou odložila do skříně, kterou jsem je zamkla a klíček uložila do stolečku pacientky.
- Po doprovodu na pokoj v 8.30 hodin jsem pacientku seznámila s chodem oddělení, s nacházejícím se sociálním zařízením společným vždy pro dva pokoje, se signalizačním zařízením a zajistila ho po dobu hospitalizace tak, aby na něj pacientka lépe dosáhla a vysvětlila ji, že v případě potřeby pomoci si vždy zavolá zdravotnický personál zmáčknutím tlačítka, na kterém je namalovaná sestřička.
- Nechala jsem pacientku rozkukat a vyrovnat se s hospitalizací.
- V 9.00 hodin jsem pomohla pacientce s převlečením do noční košile. Dále jsem odstranila veškerá potenciální rizika v okolním prostředí.
- V 9.30 hodin jsem pacientce změřila fyziologické funkce, krevní tlak, pulz, saturaci a tělesnou teplotu a vše zaznamenala do zdravotnické dokumentace.
- Ošetřovatelka během dopolední hygieny zajistila pacientce pomůcky potřebné

pro snažší pohyb v lůžku, při vstávání z lůžka - závěsná hrazda a poučila ji s jejím používáním.

- U pacientky jsem v den přijetí (24. 3. 2011) v 10.00 hodin zhodnotila stupeň mobility a možné riziko pádu, které dosahuje 5 bodů - používá pomůcky k pohybu, potřebuje pomoc k pohybu, vyžaduje dopomoc při přesunu při vyprazdňování, pád v anamnéze.
- Dále jsem zhodnotila míru kognitivní funkce pacientky (dle Folsteinova testu kognitivních funkcí - MMS), která odpovídá kognitivní poruše středního stupně (20 bodů).
- Z dalších testů jsem zhodnotila Barthelův test základních všedních činností (70 bodů) při vyplňování ošetrovatelské vstupní anamnézy. Na základě toho, jsem k pacientce přistupovala tak, aby vždy všemu rozuměla. Věnovala jí dostatek prostoru pro vyjádření jejích názorů a veškeré potřebné informace během hospitalizace vždy opakovala.
- Během vyplnění vstupní anamnézy s pacientkou jsem ji také informovala o opatrnosti při používání kompenzačních pomůcek.
- Dle indikace ošetřujícího lékaře jsem v den přijetí pacientky dne 24. 3. 2011 v 10.30 hodin zavolala rehabilitační sestru, která dle vstupního neurologického vyšetření stanovila pro pacientku individuální rehabilitační plán.
- Od 25. 3. 2011 začala pacientka s rehabilitační sestrou v rehabilitační terapii, která spočívala ve stisku prstů ruky tlakem do molitanového míčku, úchopem různých předmětů (tužky, sklenice vody), v leže protažení dolních a horních končetin a správnosti chůze o holi.
- Po celou dobu hospitalizace pacientky jsem spolupracovala s rehabilitační sestrou.
- Během celé doby hospitalizace jsem se snažila o důvěru pacientky, o zajištění její bezpečnosti.
- Po dosažení jakéhokoli pokroku jsem se snažila pacientku pochválit.
- Během hospitalizace jsem monitorovala pacientky celkový zdravotní stav a její

fyziologické funkce dle ordinace lékaře.

- Odpoledne dne 24. 3. jsem pacientce poskytla dostatek času na provedení různých úkonů a tím se držela po celou dobu její hospitalizace, každý den jsem ji nechávala dostatek času na provedení pohybových úkonů a podporovala ji .
- Každý den jsem postupovala podle daného rozvrhu, který také zahrnuje dostatek odpočinku během dne.
- Po celou dobu hospitalizace od 24. 3. - 29. 3. jsem dbala na její bezpečnost a snažila se předcházet riziku možného pádu.
- V každé volné chvíli od přijetí pacientky J.H. jsem za ní zašla, zda něco nepotřebuje, jestli dostatečně pije a pobízela ji k pití dostatečného množství tekutin.
- Od 25. 3. jsem se snažila pacientku zapojit do péče a naučit ji, jak zvládnout problémy s imobilitou, jak v nemocnici tak následně v domácím prostředí.
- Pravidelně každé odpoledne se do péče zapojovala i rodina pacientky.
- V den propuštění jsem pacientku i její rodinu informovala o zajištění bezpečného domácího prostředí, spočívající v odstranění hrbolatých překážek jako jsou prahy, připevnění madel na sociálních zařízeních, v případě potřeby i v prostoru bytu, pomáhající pro snažší pohyb a jistotu pacientky.

Vyhodnocení:

Cíl splněn částečně. U pacientky během hospitalizace nedošlo k výraznějšímu zhoršení pohyblivosti. Pacientka ví a zná jak má správně používat kompenzační pomůcky, pociťuje menší slabost dolních končetin díky rehabilitaci. Akceptuje pomoc druhých, ale stále potřebuje dopomocť při oblékání a provádění hygieny. Pacientka během hospitalizace neupadla ani nedošlo k žádnému poranění. Zná důvody rizika pádu a možné následky pádu. Je zapotřebí pokračovat ve vybraných ošetrovatelských intervencích (3, 8, 12, 13).

Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s omezenou pohyblivostí a slabostí, projevující se potřebou dopomoci jiné osoby při oblékání, koupání, přesunu z lůžka na sociální zařízení.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zajištěný bio – psycho - sociální potřeby – po dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka má snahu si zajistit základní životní potřeby sama, v co nejvyšší míře - do 48 hodin.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná příčiny porušené soběstačnosti (do 24 hodin).
- Pacientka spolupracuje s rehabilitačními pracovníky (do 24 hodin, denně).
- Pacientka provádí péči o sebe sama na úrovni svých schopností (do 72 hodin).
- Pacientka potřebuje minimální pomoc při oblékání, koupání, přesunu z lůžka na WC (do 48 hodin).
- Pacientka akceptuje pomoc druhých (do 48 hodin).

Plán intervencí:

- Zjistí míru soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu základních všedních činností – do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Monitoruj pacientky celkový fyzický a psychický stav – denně po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Zjistí čím je způsoben pokles schopnosti pacientky pečovat o sebe sama – do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Posuď, zda pacientce brání účastnit se léčebného režimu např. nedostatek informací, nedostatek času na vysvětlení a diskuzi, strach z toho, že bude vypadat jako hlupačka – do 48 hodin - všeobecná sestra.
- Povšimni si, zda je deficit sebepéče dočasný nebo trvalý - 24 hodin - všeobecná sestra.

- Vybuduj u pacientky blízký vztah, založený na dohodě a pochopení – do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Podporuj pacientku na účasti v péči o sebe sama – do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Zapojuj rodinu v péči o pacientku – do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Povzbuzuj a pochval pacientku při sebemenším pokroku – do 48 hodin - všeobecná sestra.
- Dopomáhej pacientce při úkonech, který si není sama schopna zvládnout – do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Vyhrad' si čas na vyslechnutí pacientky a její blízké rodiny, aby bylo možno včas zjistit případné překážky účasti v režimu – do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Asistuj při rehabilitačním programu ke zlepšení schopností pacientky – do 48 hodin - všeobecná sestra.
- Poskytni nemocné dostatek času, aby mohla dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností – do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Dle potřeby obstaraj pomůcky (podložní mísa, gramofon na pokoji) – do 2 hodin - všeobecná sestra.

Realizace (24. 3. 2011 – 29. 3. 2011):

- V den přijetí dne 24. 3. v 10 hodin jsem zjistila úroveň soběstačnosti u pacientky J.H. pomocí Barthelova testu základních všedních činností (ADL- activity daily living) s výsledkem 70 bodů - lehká závislost.
- Pacientka se ze začátku styděla, že k některým činnostem potřebuje pomoc, zejména při oblékání, koupání.
- Osobní hygienu si pacientka snažila provádět sama pravidelně každý den hospitalizace, když sem ji dala na stoleček kelímek s vodou a kartáček s pastou na zuby, omytí a učešání.
- Dne 24. 3. jsem pacientce obstarala pomůcky (podložní mísu atd.) na pokoj pro rychlejší přesun v noci na WC.
- Pacientce jsem dopomáhala pravidelně při ranní a večerní hygieně od 24.3. po

dobu hospitalizace (dle přání pacientky) při koupání ve sprše, a to jak při doprovodu do sprchy, s umytím vlasů, zad, nohou, zbylé části těla si pacientka umyla na sedátku sama se současným držením se madel.

- Pacientka se snažila a aktivně zapojovala při provádění hygieně. Vzhledem ke zvýšené potivosti pacientky jsme hygienu prováděli i na lůžku, během dne, kde se svojí pomocí také podílela na činnostech s hygienou spojenými.
- Postel pacientky byla od přijetí pacientky po dobu hospitalizace vybavena antidekubitární matrací vcelku a závěsnou hrazdou, umožňující lepší vstávání z lůžka.
- Pacientce jsem pomáhala při přesunu z lůžka na WC pravidelně každý den dle potřeby pacientky, vzhledem k nejistotě při chůzi jsem pacientce vysvětlila, že v případě potřeby na WC, zmáčkne signalizační zařízení a zdravotnický personál ji přijde dopomocť kvůli bezpečnosti pacientky.
- Pravidelně třikrát denně dle ordinace lékaře jsem pozorovala celkový stav pacientky, měřila ji krevní tlak a pulz, saturaci a vše pečlivě zapisovala do zdravotnické dokumentace pacientky.
- V prvních 48 hodinách jsem se snažila zjistit čím je způsoben pokles schopnosti pečovat o sebe sama a došla k závěru, že onemocněním - roztroušená skleróza.
- Posoudila jsem v prvním dni hospitalizace dne 24. 3., že nedostatek informací pacientce nebrání účastnit se léčebného režimu.
- Během dopomoci při oblékání, koupání, přesunu z lůžka na sociální zařízení, každý den po dobu hospitalizace jsem zjistila, že se jedná o deficit trvalého rázu, závislí na momentálním zdravotním stavu pacientky.
- U pacientky jsem se hned od 24. 3. snažila vzbudit důvěru a vybudovat s ní blízký vztah, založený na důvěře.
- Podporovala jsem pacientku od přijetí po dobu hospitalizace na účasti v péči o sebe sama.
- Rodina se následně také aktivně zapojovala během každé návštěvy pacientky.
- Seběmenší pokrok, úspěch jsem se jí snažila pochválit, podpořit ji v dalších

snažení a dalších pokrocích po dobu hospitalizace.

- V odpoledních hodinách každý den jsem si na pacientku vyhradila čas a poskytla jí prostor pro její připomínky, dotazy.
- Po celou dobu hospitalizace jsem aktivně spolupracovala s rehabilitační sestrou a zapojovala se do rehabilitačního programu pacientky.
- Rodinu jsem informovala v den propuštění a poradila jim, možnost instalace madel pro lepší, snažší a jistější pohyb pacientky po domácím zařízení.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka má zajištěny všechny potřeby, zná příčiny porušené sebepečce. Pacientka se aktivně zapojuje v péči o sebe sama, ale stále vyžaduje pomoc při oblékání, při provádění hygieny ve sprše. V Barthelově testu základních všedních dovedností stále dosahuje 70 bodů - lehké závislosti na pomoci druhých. Ošetrovatelské intervence pokračují dále.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným periferním žilním katetrem.

Priorita: Střední

Cíl: U pacientky nedojde ke vzniku infekce (po dobu zvedení PŽK, po dobu hospitalizace)

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe příčinu vzniku infekce (do 2 hodin).
- Pacientka není ohrožena infekcí (po dobu hospitalizace).
- Pacientka nejeví známky infekce (po dobu zavedení PŽK).
- Pacientka najde způsoby, jak předcházet infekci (do 48 hodin).

Plán intervencí:

- U všech invazivních postupů pečlivě dodržuj sterilní techniku – denně, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Informuj pacientku o počátečních příznacích infekce – do 2 hodin - všeobecná

sestra.

- Sleduj funkčnost, dobu zavedení PŽK, projevy infekce v místě a okolí vpichu – denně, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Dodržuj zásady asepsy při ředění a podávání léků intravenózně – vždy, po podání i.v. léku - všeobecná sestra.
- Prováděj aseptické ošetřování PŽK – denně - všeobecná sestra.
- Podávej léky jen dle ordinace lékaře – dle ordinace lékaře, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Prováděj pravidelnou kontrolu invazivního vstupu a vše zaznamenávej do zdravotnické dokumentace – denně - všeobecná sestra.
- Sleduj u pacientky tělesnou teplotu – denně v průběhu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Při počátečních známkách infekce, odstraň PŽK, informuj ošetřujícího lékaře - ihned v případě infekce - všeobecná sestra.
- Pouč pacientku, jak zabránit rozšíření infekce – v případě infekce ihned - všeobecná sestra.

Realizace (24. 3. 2011 – 29. 3. 2011):

- V den přijetí dne 24. 3. jsem pacientce zavedla periferní žilní katetr, pro možnou aplikaci infuzní terapie a informovala ji o účelu jeho zavedení a možných rizicích spojené s invazivním vstupem.
- Při zavedení PŽK jsem postupovala asepticky a dodržovala sterilní techniku.
- Dne 24. 3. 2011 byl pacientce dle ordinace lékaře indikován Solu - medrol 500mg, který byl podán intravenózně, po dobu šesti dnů. Důvodem podání bylo náhlé porušení hybnosti PDK, přikládáné jako další ataka roztroušené sklerózy. Při zavádění PŽK a při každé manipulaci s PŽK jsem postupovala asepticky.
- Pravidelně každé ráno po dobu hospitalizace jsem pacientce měřila tělesnou teplotu.
- Při každé infuzi jsem nejprve vstup odezinfikovala, zkontrolovala funkčnost

PŽK a pak teprve napojila infuzi.

- Před každou infuzí jsem pacientce doporučila, aby si došla na toaletu, že bude infuze kapat přibližně 2 hodiny.
- Poučila jsem ji při prvním podání infuze 24. 3. a každé další o klidovém režimu, aby se snažila mít ruku volně nataženou, nijak pokrčenou, aby se místo vpichu nezaškrtilo a infuze mohla volně odkapat.
- Při prvním podání infuze jsem pacientku informovala o počátečních příznacích infekce.
- V případě potřeby a jakýchkoli potížích (pálení v místě vpichu, nekapání infuze) jsem pacientce obtočila na závěsnou hrazdu signalizační zařízení pro případ přivolání zdravotnického personálu.
- Dle zvyklosti oddělení jsem kanylu převazovala každý druhý den v zásadách asepse, kontrolovala pravidelně každý den místo a okolí vpichu, pátrala po známkách infekce. Vše jsem zaznamenávala do zdravotnické dokumentace pacientky.
- Aplikaci léků intravenózně jsem aplikovala jen dle indikace lékaře.
- Po celou dobu hospitalizace pacientky jsem při aplikaci infuzí dodržovala zásady asepse.
- Pacienta infuze snášela dobře, bez potíží, na nic si nestěžovala.
- Dne 29. 3. 2011 místo vpichu bylo klidné, bez známky infekce, pacientka s tělesnou teplotou 36,8°C.
- Pacientka byla poučena o známkách infekce, v případě výskytu infekce, ihned odstranit periferní žilní katetr, informovat lékaře.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn. Po dobu zavedení permanentního žilního katetru u pacientky nedošlo ke vzniku infekce. Místo je klidné, bez zarudnutí a známek infekce. Pacientka chápe rizika spojené s invazivním vstupem, po dobu podávání infuzí dodržovala klid na lůžku. Datum převazů PŽK a složení infuzí (dle ordinace lékaře), datum a čas podání, jméno sestry, vše zapsáno ve zdravotnické dokumentaci pacientky. Dne 30. 3. 2011 pacientka

převezena na Neurochirurgickou kliniku do Fakultní nemocnice Hradec Králové pro instalaci V – P drenáže.

7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Paní J.H. byla na neurologickém oddělení hospitalizována po dobu šesti dní (od 24. 3. 2011 – 29. 3. 2011) pro náhlé zhoršení hybnosti PDK, nejisté chůzi přiřkládané další atace roztroušené sklerózy. V rámci lékařské a ošetrovatelské péče se její stav v prvních dnech (24. 3. - 27. 3.) zlepšil, zlepšena byla hybnost PDK bez sklesů a jistější chůze. V prvních dnech pacientka hospitalizaci snášela dobře, spolupracovala na vybraných intervencích, nebránila se edukaci, aktivně se zapojovala do činností. Pacientka byla informována o svém současném zdravotním stavu a nutnosti dodržování komplexní léčebné péče zahrnující léčbu farmakologickou, vhodné rehabilitační cvičení, dodržování správné životosprávy. V průběhu prvních dnů (do 27. 3.) se s pacientkou podařilo navázat terapeutický vztah, založený na vzájemné důvěře, zlepšil se také stav po psychické stránce pacientky, do spolupráce na zlepšení stavu pacientky se zapojila i rodina. Zlomová situace nastala 27. 3. 2011, kdy pacientka začala neustále zvracet, její stav se zhoršil, pacientka začala být nesoběstačná, vyžaduje pomoc v oblasti oblékání, koupání, vylučování. Kvůli dočasné inkontinenci moči ji byl zaveden permanentní močový katetr. Opakovaná aplikace Torecanu dle ordinace lékaře intramuskulárně a později i intravenózně spolu s fyziologickým roztokem pro doplnění ztráty tekutin. Ošetrovatelská péče musí nadále pokračovat.

Pacientka působila zmateně, byla dezorientovaná místem a časem, návštěvu rodiny ignorovala, odvracela se od ní. 29. 3. 2011 pacientka sice přestala zvracet, ale nebylo ji dobře. Vyšetřením CT mozku byl prokázán aktivní čtyř-komorový hydrocefalus. Pro instalaci V-P drenáže byla pacientka dne 30. 3. 2011 převezena na Neurochirurgickou kliniku do Fakultní nemocnice Hradec Králové. Vzhledem ke stavu pacientky a onemocnění je zřejmé, že pacientka již nenabude samostatnosti a bude i nadále zapotřebí péče druhé osoby. Pro pacientku bude zapotřebí pevné zázemí, pocit jistoty, naděje, porozumění a pomoc rodiny. Po propuštění z FNHK bude pacientka nadále pokračovat v ambulantní návštěvách psychiatra s cílem psychické podpory a pomoci. Pravidelně bude docházet do neurologické ambulance na kontroly, kde bude stav pacientky sledován. Dle indikace lékaře ve FNHK bude pravidelně sledován stav V- P drenáže pacientky za pomoci magnetické rezonance. Pacientka v průběhu prvních třech dní ošetrovatelskou péčí hodnotila pozitivně. Na nadcházející dny si pacientka

nevzpomíná. S rozvojem nemoci bude nadále potřebná edukace nejen pacientky, ale i její rodiny.

7.1 Doporučení pro praxi

Na základě osobních zkušeností získaných absolvováním odborné klinické praxe na neurologickém oddělení a studiem odborné literatury a zkušenostmi získanými v péči o blízkého člověka s RS, usuzuji následovné doporučení pro praxi.

Doporučení pro všeobecnou sestru:

- všeobecná sestra by měla být během ošetrovatelské péče k pacientce/pacientovi vždy empatická, ohleduplná, chápavá,
- při poskytování ošetrovatelské péče vždy trpělivá,
- respektovat všechny potřeby, nálady pacientky/ pacienta, její/ jeho individualitu,
- odpovídat pacientce/pacientovi na jeho případné dotazy, otázky, popřípadě ji/ mu doporučit informace pomocí brožur, letáků, internetových zdrojů věnující se určené problematice onemocnění,
- Umět si najít čas pro vyslechnutí pacientky/ pacientových dotazů, dát prostor pro jejich vyjádření starostí, pochybností,
- všeobecná sestra musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob, jejich soběstačnost v oblasti tělesných, psychických životních funkcích s ohledem na individualitu osob,
- všeobecná sestra by měla projevovat zájem o pacientku/ pacienta, podporovat a motivovat ji/ ho,
- všeobecná sestra by měla dodržovat všechny fáze ošetrovatelského procesu, čímž všeobecná sestra dělá svoji práci smysluplnou, logickou, plní všechny povinnosti vůči pacientce/ pacientovi,
- všeobecná sestra by měla pacientku/ pacienta a rodinu informovat o důležitosti dodržování léčebného režimu, o vhodném dodržování pohybového režimu a stravování,
- poskytnout rodině informace o možnostech pomoci při poskytování péče v

domácím prostředí (Domov Sv. Josefa),

- informace o možnosti lázeňských zařízení, o sdružení nemocných zabývajících se RS,
- informace o možnosti poskytnutí pomůcek pro usnadnění života nemocných s roztroušenou sklerózou,
- všeobecná sestra by se měla celoživotně vzdělávat v oblasti medicínské a ošetrovatelské péče o nemocné s neurologickým onemocněním.

Doporučení pro pacienta:

- zjednodušit si způsob života, udržovat si životní rovnováhu (stanovovat si priority života)
- nedovolit nemoci, aby člověka porazila s pocitem méněcennosti, nevzdávat naději i přes obtíže co sebou roztroušená skleróza přináší,
- střídat období aktivity s obdobím odpočinku, rozdělení si aktivity na několik menších úkolů,
- využívat nástrojů a technologií šetřících čas,
- pečovat o sebe,
- jíst pravidelně zdravou stravu obohacenou o ovoce a zeleninu, dostatek vápníku a vitamínu D
- upravit si prostor v domě tak, aby pomohl pro lepší a snažší pohyblivost po domě, (bezbariérové vstupy, madla na sociálních zařízeních, různá držadla, zábradlí, rampy)
- v případě problémů vyhledat odbornou pomoc psychologa s cílem psychické podpory a pomoci,
- zjistit si veškeré informace o RS, sledovat novinky v léčbě,
- pravidelně užívat lékařem doporučenou farmakologickou léčbu, dodržovat zásady správné životosprávy, dbát na pravidelný pohybový režim dle možností pacientky/ pacienta,
- předcházet nachlazení, využívat možností vakcinace proti chřipce,

- možnost užívání perorálních antivirotik: Viregit-K (působí na viry chřipky A2, podává se jako profylaxe při vzniku chřipkové epidemie),

Doporučení pro rodinu:

- podporovat, pozitivně motivovat, chválit, projevovat zájem o společné aktivity,
- při jakýchkoli problémech a nesnázích být nemocné/ nemocnému s RS na blízku,
- ujist'ovat nemocnou/ nemocného svojí láskou, ochotou pomoci,
- zajistit nemocné/ nemocnému zpestření denního programu dle možnosti stavu,
- v domácím prostředí nemocné/ nemocnému zajistit bezpečné prostředí použitím instalovaných pomůcek (madla, protiskluzové podložky, zábradlí podél schodů),
- dostatečně se pacientce/ pacientovi věnovat v jejích/jeho těžkých chvílích, psychicky ji/ ho dostatečně podporovat,

ZÁVĚR

Roztroušená skleróza je chronické, závažné onemocnění, při kterém imunitní systém poškozují myelinové pochvy nervů vycházejících z mozku. Roztroušená skleróza je celoživotní doposud nevyléčitelné onemocnění omezující nemocné na všech úrovních kvality života. V každém případě platí, že i když je RS nemoc zatím nevyléčitelná, lze ji minimálně v počátečních stádiích léky dobře kontrolovat. Včasná diagnostika a komplexní terapie může oddálit invaliditu a výrazně zlepšit kvalitu života nemocných. RS může probíhat velmi různorodě. U některých pacientů se projevuje poměrně mírnými relapsy (zhoršení příznaků) s dlouhými mezidobími bez jakýchkoli příznaků (remise), u jiných zanechávají závažná vzplanutí onemocnění trvalé následky, ale k dalšímu zhoršení stavu nedochází. V nejhorším případě u některých postižených se od prvního záchvatu projevuje trvalé zhoršování, které vede již ve středním věku k trvalému upoutání na lůžko a k inkontinenci. Má různorodou klinickou symptomatologii, z nichž v popředí stojí mravenčení a snížená citlivost, poruchy koordinace pohybů nebo snížená pohyblivost, která pacienty omezuje. Nemocní s RS musí celý život překonávat překážky ať už somatické, psychické a společenské. Proto je u nemocného s RS nejdůležitější psychická podpora rodiny a blízkých příbuzných. Pomáhat nemocným s činnostmi, na které nestačí nebo se kterými potřebuje pomoci (oblékání, koupání).

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na důležitost komplexní terapie, na včasnou diagnostiku a stále se vyvíjející léčbu. Jak roztroušená skleróza dokáže ovlivnit život nejen pacientky/ pacienta tak její/ jeho rodinu a blízké příbuzné.

Vypracování této práce mi umožnilo prohloubit si své teoretické znalosti o onemocnění roztroušená skleróza a komplexní ošetrovatelskou péči, která je pro nemocné s RS důležitá. Přála bych si, aby tato práce přinesla informace, jak samotným laikům vyhledávající informace o této zákeřné nemoci tak, aby si na své přišli i nemocní s roztroušenou sklerózou a především všeobecné sestry pracující na neurologických pracovištích, kteří se často setkávají s nemocnými s roztroušenou sklerózou v jakémkoli věku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMCOVÁ, H. Et al. 2005. *Neurologie*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 260 s. ISBN 80-7254-613-9.
2. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra; SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové : RNDr. František Skopec, Csc.- Nucleus HK®, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
3. BERLIT, Peter. 2007. *Memorix neurologie*. Přel. Dagmar Kolínská. 1 české vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 447 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
4. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. Orig. přel. Ivana Suchardová. 2. české vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
5. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. HALOVÁ, Miroslava. 2007. *Nemocný v domácí péči I*. Javorník : Miroslava Halová- MAJ. ZJ, 2007. 137 s. ISBN 80-239-7316-9.
7. HAVRDOVÁ, Eva. 1999. *Je roztroušená skleróza Váš problém?* Praha : Unie Roska, 1999. 4.svazek publikační edice Roska. 155 s. ISBN není uvedeno.
8. HAVRDOVÁ, Eva. 2000. *Roztroušená skleróza*. 2. vyd. Praha : Triton, 2000. 101 s. ISBN 80-7254-117-X.
9. HAVRDOVÁ, E. Et al. 2001. *Neuroimunologie*. Praha : Maxdorf, 2001. 451 s. ISBN 80-85912-24-4.
10. HAVRDOVÁ, Eva. 2002. *Roztroušená skleróza*. 3. vyd. Praha : Triton, 2002. 110 s. ISBN 80-7254-280-X.
11. HAVRDOVÁ, Eva. 2005. *Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha : Maxdorf, 2005. Edice farmakoterapie pro praxi, svazek 4. 89 s. ISBN 80-7345-069-0.

12. HAVRDOVÁ, Eva. 2009. *Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. 96 s. ISBN 978-80-7345-187-5.
13. HOSKOVCOVÁ, Martina Et al. 2011. *Fyzioterapie u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní*. 1. vyd. Praha : Tora, 2011. 18 s. ISBN 978-80-901998-5-9.
14. JEDLIČKA, Pavel; KELLER, Otakar. 2005. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 424 s. ISBN 80-7262-312-5.
15. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIERIOVÁ, Rita. 1995. *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 635 s. ISBN 80-217-0528-0.
16. LENSKÝ, Petr. 1996. *Roztroušená skleróza mozkomíšní- nemoc, nemocný a jeho problémy*. Praha : Unie Roska, 1996. 115 s. ISBN není uvedeno.
17. NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. 2002. *Neurologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
18. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. 1. vyd. Plzeň : Maurea, s.r.o., Edvarda Beneše, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
19. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
20. ŘASOVÁ, Kamila, 2007. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu)*. 1. vyd. Praha : Ceros, 2007. 135 s. ISBN 978-80-239-9300-4.
21. S. L. MINDEN; D. FRANKEL. 2008. přel. Zápotocký, P. *Otevřeně o RS (vliv RS na rodinné vztahy)*. Praha : Unie Roska, 2008.
22. SEIDL, Zdeněk; OBENBERGER, Jiří. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
23. SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

24. SCHWARZ, Shelley Peterman. 2008. *Roztroušená skleróza: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Z angl. orig. přel. Lucie Hranická. Praha : Grada Publishing, 2008. 132 s. ISBN 978-80-247-2345-7.

25. VANĚČKOVÁ, M.; SEIDL, Z. 2010. *Magnetická rezonance a roztroušená skleróza mozkomíšní*. 1.vyd. Praha : Mladá fronta, 2010. 148 s. ISBN 978-80-204-2182-1.

26. VOKURKA, M.; HUGO, Jan. 2008. *Praktický slovník medicíny*. 9. aktualiz. vyd. Praha : Maxdorf, 2008. 518 s. ISBN 978-80-7345-159-2.

27. WABERŽINEK, Gerhard; KRAJÍČKOVÁ, Dagmar Et al. 2006. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

Časopisy

1. ADAM, P.; SOBEK, O.; KOUDELKOVÁ, M.; KELBICH, P. 2010. Význam vyšetřování likvoru u roztroušené sklerózy. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. ISSN 1210-7859, č. 5, s. 610.

2. DUFEK, Michal. 2009. Kognitivní dysfunkce u roztroušené sklerózy. In *Neurologie pro praxi*. ISSN 1803-5280, č. 3, s. 165.

3. DUFEK, Michal. 2011. Co je nového v terapii roztroušené sklerózy interferonem beta v České republice? In *Neurologie pro praxi*. ISSN 1213-1814, č. 1, s. 28.

4. HRADÍLEK, P.; ZAPLETALOVÁ, O.; WOZNICOVÁ, I. 2010. Demyelinizace a remyelinizace u roztroušené sklerózy. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. ISSN 1210-7859, č. 5, s. 607.

5. KOŠTÁLKOVÁ, M.; KALANDROVÁ, L. 2010. Terapeutické postupy při léčbě roztroušené sklerózy. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. ISSN 1210-7859, č. 5, s. 614.

6. PETR, Jaroslav. 2010. Za roztroušenou sklerózou nejsou jen geny. In *Medical tribune*. ISSN 1214-8911, č. 22, s. A1.

7. ŘASOVÁ, Kamila. 2010. Nové trendy ve fyzioterpii nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšní. In *Neurologie pro praxi*. ISSN 1213-1814, č. 3, s. 178.

8. ŘEHÁKOVÁ, P. 2010. Sexuální dysfunkce u pacientů s RS. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. ISSN 1210-7859, č. 5, s. 616.

9. VACHOVÁ, Marta. 2009. Éra nových léků v terapii roztroušen sklerózy. In *Neurologie pro praxi*. ISSN 1803-5280, č. 5, s. 305.

Internetové zdroje

- AKTIVNÍ ŽIVOT. 2004. *Život s roztroušenou sklerózou*. [online]. [cit. 2011-11-10]. Dostupné z WWW: < <http://www.aktivnizivot.cz/aktivni-zivot/zivot-s-roztrousenou-sklerozou/vyziva/>>.
- SCHERING s.r.o. 2011. *Funkční hodnotící stupnice*. [online]. [cit. 2011-11-10]. Dostupné z WWW: < <http://www.ereska.cz/>>.
- ŘASOVÁ, Kamila. 2008. *Centrum komplexní neurorehabilitační péče pro nemocné s roztroušenou sklerózou, o.p.s.* [online]. [cit. 2011-11-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceros.cz/clanky/o-nas>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Pokračování aktuálních ošetrovatelských diagnóz.....	I
Příloha B – Barthelův test základních všedních činností (ADL).....	II
Příloha C – Folsteinův test kognitivních funkcí (MMS).....	III
Příloha D – Důležitost myelinu.....	IV
Příloha E – Kurtzkeho rozšířená škála disability.....	V
Příloha F – McDonaldova kritéria.....	VI
Příloha G – Typy roztroušené sklerózy.....	VII
Příloha H – Přípravek Rebif.....	VIII
Příloha CH – Grafické znázornění teorie Virginie Henderson.....	IX

Příloha A – Pokračování aktuálních ošetřovatelských diagnóz

Nauzea v souvislosti s centrálním kmenovým drážděním, projevující se zvracením.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez známek nauzey (do konce hospitalizace).

Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěnou nutriční výživu (do 48 hodin).

Pacientka je schopna příjmu potravy a je dostatečně hydratována (do 72 hodin).

Výsledná kritéria:

- Pacientka je bez známek nauzey (do 48 hodin).
- Pacientka pije dostatečné množství tekutin (do 24 hodin).
- Pacientka přijímá stravu nevyvolávající zvracení, např. piškoty + čaj (do 24 hodin).
- Pacientka si udrží stejnou tělesnou hmotnost jako při přijetí k hospitalizaci (do konce hospitalizace).

Plán intervencí:

- Posuď přítomnost gastrointestinálních poruch např. peptický vřed, gastritida, požití nevhodného jídla – do 6 hodin - všeobecná sestra.
- Pátřej po systémových stavech, které mohou způsobit nevolnost např. nádorová onemocnění, neurogenní příčiny – dráždění vestibulárního ústrojí – do 12 hodin - všeobecná sestra.
- Podávej pacientce dietní stravu obsahující všechny důležité živiny a dostatek tekutin - do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Zajisti pacientce dostatek soukromí při zvracení- do 1 hodiny - všeobecná sestra.
- Podávej léky umožňující zmírnění zvracení a sleduj jejich účinky – do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Doporuč pacientce pít tekutin před jídlem nebo po něm, nikoli během jídla – do 1 hodiny - všeobecná sestra.

- Doporuč jíst častěji po malých porcích, aby nedocházelo k přílišnému naplnění žaludku - do 4 hodin - všeobecná sestra.
- Pouč ji, aby jedla a pila pomalu a důkladně žvýkala- do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Postarej se o čisté, příjemné voňavé a klidné prostředí – do 4 hodin - všeobecná sestra.
- Doporuč provádět očištění dutiny ústní několikrát denně, aby se zabránilo „špatné chuti“.
- Sleduj pravidelně hmotnost pacientky – do 6 hodin, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.

Realizace (24. 3. 2011 – 29. 3. 2011):

- Při přijetí pacientky na neurologické oddělení, byl pacientce na levé zápěstí zaveden periferní žilní katetr pro každodenní podání infuzí. Pacientka byla přijata pro zhoršení hybnosti PDK v souvislosti s další atakou roztroušené sklerózy.
- Pacientce jsme podávali stravu obsahující všechny důležité živiny a dostatek tekutin v podobě čaje, doplňovaného 3 krát za 24 hodin.
- Během hospitalizace pacientka dostávala infuze, skládající se z fyziologického roztoku a Solumedrolu (F 1/1 250 ml + 500 mg SM).
- Od 24. 3. do 26. 3. byla zlepšena hybnost PDK.
- Během dopoledne 27. 3. jsem posoudila zda pacientka pouze něco špatného nesnědla, po čem by ji mohlo být tak špatně.
- Od 27. 3. 2011 pacientka nepřetržitě zvracela.
- Ode dne přijetí jsem zajistila pacientce soukromí.
- Dle ordinace lékaře jsem ji dne 27. 3. podala 1000 ml fyziologického roztoku.
- Stav pacientky se nelepšil a dle večerní vizity a ordinace lékaře dne 27. 3. jsem aplikovala Torecan intramuskulárně.

- Pacientka působila unaveně, vyčerpaně z neustálého zvracení.
- Zajistila jsem pacientce dostatek soukromí při zvracení pomocí plent, od prvního zvracení po dobu trvání zvracení.
- Dle ordinace lékaře jsem v 18.00 hodin aplikovala léky proti zvracení, které jsem zapsala do zdravotnické dokumentace pacientky a sledovala jejich účinek.
- Dne 28. 3. 2011 byla na doporučení ošetřujícího lékaře odeslána na ultrazvukové vyšetření celého břicha se závěrem – Difuzní hepatopatie - steatóza, načež se neprokázala přítomnost gastrointestinálních poruch.
- Dne 29. 3. za stálého zvracení pacientka absolvovala Esofagogastroduodenoskopické vyšetření se závěrem - nevelká erose v oblasti GE přechodu, pravděpodobně způsobena opakovaným zvracením. Jinak normální nález na horním gastrointestinálním traktu s doporučeným užíváním antiulcerosa – helicid 1 krát denně ráno nalačno.
- Pacientka si prováděla pravidelnou očistu dutiny ústní několikrát denně.
- Dle vizity lékaře ze dne 28. 3. 2011 břicho nebolestivé, měkké, dobře hmatné, třesavka, afebrilní, leukocytóza 16.500.
- Pravidelně jsem se starala po dobu hospitalizace při ranní, večerní hygieně, individuálně podle potřeby o čisté ložní prádlo, klidné prostředí, pravidelné větrání pokoje.
- Pacientce jsem doporučila ode dne přijetí jíst častěji po menších porcích, od 27.3. alespoň piškoty v menších dávkách a pití dostatečného množství tekutin.
- Dne 29.3.2011 byla pacientce podána infuze ve složení (F 1/1 1000ml + 2 A Torecan), dále F 1/1 1000ml + 30 ml KCL 2,5% (16-24 hodin)
- Pacientka nezvrací, ale necítí se dobře, laboratorní výsledky v normě.
- 29. 3. 2011 provedeno CT vyšetření mozku, prokazující tetraventrikulární hydrocefalus s obrazem aktivity.
- Po dobu hospitalizace jsem sledovala hmotnost pacientky , kterou jsem zapsala do zdravotnické dokumentace pacientky.

- Po domluvě pacientka dne 30. 3. 2011 převezena na Neurochirurgickou kliniku do Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Vyhodnocení:

Cíle bylo splněno částečně. Pacientka dostatečně pila a zároveň byla zavodňována infuzemi, aby se předešlo hrozící dehydrataci. Pacientka jedla stravu nevyvolávající zvracení, nejvíce piškoty a čaj. Váha pacientky se výrazně nezměnila a nevyžaduje zásah nutričního terapeuta. Stav pacientky je stabilní bez vomitu, ale stávající nauzeou, vyžadující provedení operačního zákroku V-P drenáže na NCH klinice ve FNHK.

Inkontinence moči urgentní v souvislosti s degenerativním onemocněním, omezenou pohyblivostí, změnou duševního stavu/ zmateností, projevující se častým močením malého množství, nykturií, nucením na močení, neschopností dojít včas na sociální zařízení.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zachovanou kontinenci v největší možné míře (do konce hospitalizace).

Cíl krátkodobý: Pacientka má zlepšenou urgentní mikci, je schopna po přivolání zdravotnického personálu vyprázdnění močového měchýře do podložní mísy (do 2 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacientka má pokoj, kde je WC v sousedství, hůl a signalizační zařízení má na dosah (do 1 hodiny po přijetí).
- Pojízdné WC má pacientka vedle postele (do 1 hodiny od přijetí, po dobu hospitalizace).
- Pacientka chápe vyvolávající příčinu, postupy ke zmírnění následků (do 48 hodin).
- Pacientka má fyziologické vyprazdňování močového měchýře (do 48 hodin).
- Pacientka zná a umí používat pomůcky pro inkontinentní pacienty (do 24 hodin).

- Pacientka je bez močové infekce (do 24 hodin, po dobu hospitalizace).
- Pacientka močí jednou za 3 až 4 hodiny v individuálně přiměřeném množství (do 24 hodin).

Plán intervencí:

- Zajisti dostupnost pojízdného WC v co nejbližší vzdálenosti u pacientky – do 1 hodiny po přijetí - všeobecná sestra.
- Posuď přítomnost objektivních a subjektivních příznaků infekčního zánětu močového měchýře např. zkalená páchnoucí moč – do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.
- Zjisti případnou anamnézu dlouhodobých návyků nebo chorobných stavů, snižující kapacitu močového měchýře např. operace v abdominální oblasti – do 1 hodiny po přijetí - všeobecná sestra.
- Nabízej pacientce s omezenou pohyblivostí dle potřeby pomoc - do 1 hodiny, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Dle potřeby doporuč používání vložek nebo plenkových kalhotek - do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Sleduj příjem a výdej tekutin za 24 hodin – do 1 hodiny, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Sleduj barvu příměsi moče – do 2 hodin po přijetí, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Zajisti soukromí při vyprazdňování – do 1 hodiny, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Zajisti pravidelnou péči o permanentní močový katetr- do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Zdůrazni význam péče o perineální krajinu po každém močení, aby se snížilo podráždění kůže – po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Zajisti pravidelnou hygienu genitálií, dbej na prevenci opruzenin pomocí krémů a zásypů- denně, po dobu hospitalizace - ošetřovatelka.

- Dle ordinace lékaře, proved' vyšetření moče na přítomnost cukrů – do 1 hodiny - všeobecná sestra.
- Měř množství vymočené moči, zejména pokud nedosahuje 100 ml nebo přesahuje 550 ml - do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Zaznamenávej frekvenci močení a stupeň urgencye- do 1 hodiny, po dobu hospitalizace - ošetřovatelka, všeobecná sestra.
- Všímej si délky intervalu mezi nucením a odchodem moči – do dobu hospitalizace- ošetřovatelka, všeobecná sestra.
- Asistuj v péči o prevenci pacientčiny inkontinence spočívající ve zvýšení příjmu tekutin na 1,5 až 2 litry denně - do 48 hodin - všeobecná sestra.
- Doporuč pacientce stáhnout pánevní svalstvo před vstáváním z lůžka, tento manévr pomáhá zabránit úniku moči v momentu , kdy se mění tlaky v dutině břišní- do 1 hodiny po přijetí - všeobecná sestra.
- Nauč pacientku cvikům na posílení dna pánevního – do 24 hodin - všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Realizace (24. 3. 2011 – 29. 3. 2011):

- Pacientka při příjmu na neurologické oddělení dne 24. 3 . 2011 na otázku zdali má nějaké problémy s vyprazdňováním moče, odpověděla, že občas nestihne doběhnout na záchod, že se ji vždycky chce tak hodně močit, že to včas nestihne, nebo že si někdy „ucvrkne“ při kašlání.
- S pacientkou jsem se domluvila v 9.00 hodin, že v případě potřeby zavolá signalizačním zařízením zdravotnický personál a ten ji pomůže na dostupné WC společném pro dva pokoje. Pacientka souhlasila.
- Od přijetí 24. 3., po celou dobu hospitalizace jsem sledovala příjem a výdej tekutin pacientky, příměsí moči, frekvenci močení.
- Při přijetí, jsem pacientku poprosila o vymočení se do kelímku, po vyhotovení laboratorních výsledků, jsem došla k závěru, že se nejedná o přítomnost infekčního zánětu.

- Při vyplnění vstupní anamnézy s pacientkou dne 24. 3., jsem zjistila, že za sebou nemá operaci v abdominální oblasti, což snižuje kapacitu močového měchýře.
- Laboratorní hodnoty jsem pravidelně kontrolovala dle ordinace lékaře po dobu hospitalizace.
- Zajistila jsem pacientce dne 27. 3. v 9.30 hodin pojízdné WC v co nejbližší vzdálenosti pacientky. Stav pacientky (porušení hybnosti PDK, slabost nohou, nauzea) nedovoloval chození na sociální zařízení společné pro dva pokoje vzdálené cca 20 metrů, pacientka se cítila vždy velice unavená a vyčerpaná a stejně ji samovolný proud moči po cestě unikl po velkém nucení na močení, ale díky její špatné chůzi se nikdy nepodařilo včas dojít na WC.
- Tento problém jsme vyřešili pojízdným WC umístěným hned vedle postele pacientky, kdy ji po zavolání signalizačního zařízení zdravotnický personál domohl k přemístění na WC.
- Soukromí pacientky jsem zajistila zatažením plent kolem postele ještě tentýž den.
- Stav pacientky se výrazně zhoršil ode dne 27. 3. 2011, kdy začala nepřetržitě zvracet a neustále jsme pacientku nacházeli v mokré, močí znečištěné posteli.
- Dle ordinace lékaře byl pacientce (díky špatné pohyblivosti pacientky a dočasnému neorientování místem a časem) zaveden dne 27. 3. 2011 permanentní močový katetr, který byl jako dočasným pomocníkem jak s inkontinencí, tak pro stav a pohodlí pacientky, kdy při jakýmkoli manipulování jak na vzdálené WC, tak na WC pojízdné byla pacientka fyzicky vyčerpaná a nedokázala samovolný únik moči nijak ovlivnit díky neustálému zvracení.
- Důraz jsem kladla na hygienu genitálu tak péči o močový katetr pravidelně při ranní a večerní toaletě po dobu hospitalizace pacientky.
- Dbala jsem na prevenci opruzenin.
- Pacientka byla spokojená, jen si stěžovala na jaký si tlak mezi nohami.
- Permanentní močový katetr odváděl středně žlutou moč bez příměsí krve v množství 900ml za 24 hodin.

- Dne 27. 3. a 28. 3. byly pacientce podávány infuze fyziologického roztoku s 30ml KCL 2,5%,.
- Pro omezení zvracení ji byl podán Torecan intramuskulárně, později dostala infuze ve složení fyziologického roztoku s 2 ampulemi Torecanu i.v.
- Dne 29. 3. 2011 pacientka nezvrací, ale necítí se dobře, ošetřující lékař po konziliu s lékaři ve FNHK a CT vyšetření mozku s nálezem pro Tetraventrikulární hydrocefalus s obrazem aktivity rozhodl pro převoz pacientky na Neurochirurgickou kliniku do Fakultní nemocnice Hradec Králové pro provedení zákroku V – P drenáže.
- Pacientka dne 30. 3. 2011 byla převezena s permanentním močovým katetrem.

Vyhodnocení:

Cíl splněn nebyl, výsledných kritérií bylo dosaženo. Pacientka ze začátku dokázala zavolat signalizačním zařízením o pomoc zdravotnického personálu, ale později se pomochovala, aniž by to ona sama věděla a uvědomovala si to v důsledku zhoršeného zdravotního stavu. Stav pacientky zhoršující se zvracením vyžadoval akutní indikaci permanentního močového katetru. Stav pacientky a aplikace močového katetru byl ovlivněn špatnou hybností pacientky a dočasnou dezorientací místem a časem. Dne 30. 3. 2011 byl ošetřujícím lékařem indikován převoz pacientky pro instalaci V - P drenáže pro aktivní čtyř-komorový hydrocefalus po zobrazení na CT vyšetření mozku.

Chůze porušená v souvislosti se základním onemocněním, projevující se nejistotou při chůzi, porušenou schopností ujít požadovanou vzdálenost, zhoršenou centrální symptomatikou - pocitem slabší PDK.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka si bude při chůzi jistější, bez pocitu slabší PDK (do konce hospitalizace).

Cíl krátkodobý: Pacientka se pohybuje bez pomoci zdravotnického personálu (do 48 hodin).

Výsledná kritéria:

- Pacientka má jistou chůzi (do 48 hodin po přijetí).
- Pacientka dodržuje rehabilitační plán a zúčastňuje se rehabilitace (do 24 hodin).
- Pacientka si zachová funkční stav a kožní integritu bez kontraktur a dekubitů (do konce hospitalizace).
- Pacientka ujde požadovanou vzdálenost (do 48 hodin).

Plán intervencí:

- Urči, jak pacientka vnímá potřebu pohybu – do 24 hodin - všeobecná sestra
- Vezmi v úvahu onemocnění, které přispívají k obtížné chůzi – do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Posuď stupeň postižení na funkční stupnici (0 až 4), povšimni si, zda jde o poruchu dočasnou nebo trvalou – do 1 hodiny - všeobecná sestra.
- Dle ošetřujícího lékaře kontaktuj rehabilitační sestru- do 1 hodiny - všeobecná sestra.
- Zaznamenávej každé změny hybnosti pacientky - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Ved' pacientku k udržení co nejvyšší soběstačnosti – po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Sestav denní rozvrh tak, aby se střídala chůze a cvičení s odpočinkem a nedocházelo k nadměrné únavě – do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Dbej na bezpečnost pacientky, věnuj pozornost prostředí a prevenci pádů – po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Zapoj pacientku a její blízké do péče a ukaž jim jak zvládnout problémy - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Pouč pacientku a její blízké o individuálně potřebných bezpečnostních opatřeních, aby se snížilo riziko pádů – v den propuštění pacientky - všeobecná sestra.

Realizace (24. 3. 2011 – 27. 3. 2011):

- Dne 23. 3. 2011 byla pacientka v neurologické ambulanci u pana doktora Mokrého, kde byla neurologicky vyšetřena a odeslána pro zhoršenou hybnost PDK, slabost dolních končetin a nauzeu k hospitalizaci.
- Od 24. 3. 2011 byla hospitalizována v nemocnici Chrudim.
- Pacientka byla přijata na neurologické oddělení pro zhoršení hybnosti pravé dolní končetiny v souvislosti s další atakou roztroušené sklerózy.
- Pacientka ještě ten den 24. 3. byla seznámena s léčbou ošetřujícím lékařem.
- Pacientka se pohybuje s pomocí hole v prvních dnech hospitalizace.
- Při přijetí jsem ji vyhodnotila dle funkční klasifikace stupeň postižení, označující č. 3. - vyžadující pomoc druhé osoby (přesun z lůžka na WC, dopomoc s oblékáním, hygienou), a podpůrné vybavení - používání podpůrných pomůcek (hůl).
- Dne 24. 3. 2011 ji byl zaveden periferní žilní katetr pro aplikaci infuzí.
- Dle ošetřujícího lékaře jsem kontaktovala rehabilitační sestru v 11.00 hodin.
- Ve 13.00 hodin dostala pacientka infuzi skládající se z fyziologického roztoku a Solumedrolu (F 1/1 250ml + 500mg SM), infuze kapala od 13.00 do 15.00.
- Pacientka infuzi snášela dobře bez obtíží, na nic si nestěžovala.
- Pravidelně každý den jsem zaznamenávala do zdravotnické dokumentace po dobu hospitalizace pacientky její změněnou hybnost.
- Dne 25. 3. 2011 dostala v 8.00 hodin další infuzi ve složení (F 1/1 250ml + 500mg SM) kapající do 10.00 hodin pacientka infuzi snášela dobře, jen si jednou zvonila signalizačním zařízením pro odpojení a doprovod na toaletu.
- V 11.00 dle vizity pacientka si na bolest hlavy nestěžuje, dominantní je centrální paréza PDK bez poruchy cití, hyperreflexie. PHK nepřesná taxe, jinak norma, chůze spastická.
- Pacientku jsem vedla po dobu její hospitalizace k udržení co možná nejvyšší soběstačnosti.

- Další den 26. 3. 2011 dostala pacientka stejné složení infuze jako předchozí dny (F 1/1 250ml + 500mg SM) kapající od 8.00 hodin do 10.00 hodin.
- Pacientka si pochvaluje lepší hybnost pravé dolní končetiny, na WC si dojde sama s pomocí hole, cítí se v pořádku, na nic si nestěžuje.
- Dbala jsem na bezpečnost pacientky a snažila se předcházet možnému riziku pádů ode dne přijetí do konce její hospitalizace.
- Dle vizity lékaře- zlepšena hybnost PDK, bez sklesů, hyperreflexie L2 - S2.
- Pacientka sama vnímá potřebu pohybu, je spokojená za každé zlepšení, je psychicky vyrovnaná.
- Aktivně se zapojuje do aktivit denního života, pravidelně dochází na rehabilitaci, po chodbě jde s lehkým držením zábradlí, ale bez pomoci a držení zdravotnického personálu.
- 27. 3. 2011 pacientce kapala infuze stejného složení jako ty předešlé opět od 8.00 do 10.00 hodin, vše probíhalo bez obtíží.
- Dle vizity MUDr. Baldové, v pátek dimise.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn, kritérií bylo dosaženo. Pacientka vnímá potřebu pohybu, je spokojená, vyrovnaná. Po kortikoidové infuzní terapii hybnost PDK zlepšena. Pacientka si je při chůzi jistější, pohybuje se sama, za pomoci hůlky, nevyžaduje pomoc při přesunu z lůžka na WC. Pravidelně dochází na rehabilitaci.

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s neustálým zvracením a neschopností požit a strávit potravu se živinami, projevující se nedostatečným příjmem potravy per os, odporem k jídlu (zvracení), slabostí svalů potřebných k polykání a žvýkání.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka si udrží tělesnou hmotnost 74 kg (po dobu hospitalizace).

Cíl krátkodobý: Pacientka přijímá potravu v dostatečném množství a je hydratována dostatečným množstvím tekutin (do 48 hodin).

Výsledná kritéria:

- Pacientka má optimální hmotnost (do konce hospitalizace).
- Pacientka dostává stravu optimálně vyváženou dle zvyklosti oddělení 4 krát denně (po dobu hospitalizace).
- Pacientka je bez projevu zvracení (do 72 hodin).
- Pacientka má chuť k jídlu, nemá problémy s požitím a strávením potravy (do 72 hodin).
- Pacientka nemá slabost svalů, potřebných k polykání a žvýkání (do 48 hodin).

Plán intervencí:

- Prodiskutuj stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel, popř. nesnášenlivost některých potravin – do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Posuď lékové interakce, účinky nemocí, alergií, užívání projímadel/ tyto faktory mohou ovlivnit chuť k jídlu, příjem nebo vstřebávání potravy/ -do 6 hodin - všeobecná sestra.
- Posuď hmotnost, věk, tělesnou stavbu – do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra.
- Sleduj tělesnou hmotnost, příjem stravy a tekutin a vše zaznamenávej - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Zjisti co pacientku vedlo k odmítání jídla - do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Urči denní příjem potravy - do 2 hodin - všeobecná sestra.
- Dle ordinace lékaře, zajisti laboratorní výsledky (např. hladina albuminu, transferinu, aminokyselin, železa, kreatinu, glukózy, jaterních testů apod.) - do 1 hodiny - všeobecná sestra.
- Asistuj při diagnostických vyšetřeních - do konce hospitalizace - všeobecná sestra.
- Dodávej léky dle indikace lékaře - denně, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Umožni pacientce výběr jídel dle vlastní chuti - denně, po dobu hospitalizace -

všeobecná sestra.

- Dodržuj estetiku při servírování jídla - denně, do konce hospitalizace - všeobecná sestra.
- Pobízej pacientku k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin - denně, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Přistupuj k pacientce laskavě, ohleduplně a pobízej je ke spolupráci - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.

Realizace (27. 3. 2011 – 29. 3. 2011):

- Při příjmu dne 24. 3. jsem pacientku zvážila a změřila (tělesná hmotnost: 74kg, výška: 154cm) na základě těchto údajů jsem vypočítala BMI index, který byl 31 bodů odpovídající stavu obezity.
- Pacientka je silné plnoštíhlé postavy s přiměřenou svalovou silou.
- S pacientkou jsme mluvili v 10.00 hodin při vyplňování vstupní anamnézy o jejím stravovacím režimu, kolik jídel denně sní, jestli se stravuje pravidelně, kolik vypije za den tekutin, jestli si stravu obohacuje o ovoce a zeleninu.
- Ze zjištěných informací jsem došla k výsledku, že pacientka v domácím prostředí vypije pouze 1 litr tekutin, z toho ráno tureckou kávu a někdy čaj a minerální vody během dne, pacientka přikládá množství vypitých tekutin k tomu, aby nemusela tak často chodit na toaletu.
- Zeptala jsem se také pacientky zda nemá alergii na nějakou potravinu.
- Během hospitalizace (od 24. 3. 2011 do 27. 3. 2011) pacientka vypila 1500ml čaje.
- Pečlivě jsem zaznamenávala do zdravotnické dokumentace pacientky příjem stravy a množství tekutin za každý den za 24 hodin během celé hospitalizace pacientky.
- Zjistila jsem co pacientku vedlo k odmítání jídla, s výsledkem neustálého zvracení a neschopnost v sobě to jídlo celkově udržet.
- Pacientku jsem informovala při přijetí o důležitosti pravidelného stravování,

minimálně 5 krát denně po malých porcích, dostatečném množství příjmu tekutin a možných problémech spojené s nedostatečným stravováním.

- Pacientka (dne 24. 3. až 26. 3.) byla ráda za každé jídlo, snědla vše co jí zdravotnický personál donesl na pokoj.
- Rodina chodila pravidelně každý den na návštěvy a donášely pacientce její nejoblíbenější jídla, na kterých si pacientka rovněž pochutnávala.
- Od rána 27. 3. 2011 si pacientka stěžovala na bolest hlavy, nauzeu, během dopoledne pacientka i několikrát zvracela. Zvracení pacientky jsme nepřikládali velkou pozornost, říkali jsme si i ostatními sestrami, že ji jen něco nesedlo. Během dne se však její stav výrazně zhoršil.
- Pacientka dne 27. 3. byla vyčerpaná, unavená z neustávajícího zvracení, pila malé množství tekutin cca 500ml, jídlo odmítala.
- Během odpoledne se pacientka přestala orientovat místem a časem, dle ordinace lékaře ji byl aplikován Torecan 1 ampule intramuskulárně.
- Pacientku jsem pravidelně vážila po dobu její hospitalizace.
- Stav pacientky se nelepšil ani během dalšího dne 28. 3. 2011, ve 12.00 ji byl aplikován Apaurin.
- Ve 13.00 dostala infuzi se složením (F 1/1 1000ml + 2 A Torecanu).
- Pacientka působila velice vyčerpaně, schváceně s vyšší potivostí.
- Stravu per os odmítala, nesnědla ani piškoty, které ji byly pravidelně donášeny zdravotnickým personálem, ani návštěva rodiny nepomohla, pacientka si jich nevšímala, usínala, odvracela od nich, působila zmateně.
- Dle proběhlé vizity, ošetřující lékař naordinoval ultrazvukové vyšetření celého břicha se závěrem - Steatóza jater, jinak norm. Břicho měkké, dobře hmatné, poslední stolici si pacientka nepamatuje.
- V 17.00 pacientka zmatená, s třesavkou, afebrilní, lékařem vykonávající vizitu doporučeno vyšetření moče na K+C, M+S.
- Během noci pacientka zvracela pouze jednou.

- Stav pacientky dne 29. 3., nezvrací, necítí se dobře, doporučeno Esofagogastroduodenoskopické vyšetření s výsledkem bez patologického nálezu.
- Asistovala jsem při všech vyšetřeních pacientky indikovaných lékařem během její hospitalizace.
- Pacientka pije tekutiny po malých doušcích, přijímá pouze piškoty, z infuzní terapie ji byla podána infuze se složením (F 1/1 1000ml + 30ml KCL 2,5%). Pacientka nezvrací, ale necítí se dobře.
- Pravidelně jsem po zhoršení stavu pacientky od 27. 3. po indikaci lékařem podávala léky.
- Po mírném zlepšení dne 29. 3. jsem pacientku pobízela k dostatečnému přísunu tekutin do těla, samozřejmě během celé hospitalizace.
- Snažila jsem se pacientku povzbudit, aby neztrácela naději, přistupovala jsem k ní laskavým a ohleduplným způsobem po celou dobu hospitalizace.
- Dle vyšetření CT mozku, přeložena 30. 3. na NCH kliniku do FNHK k provedení V - P drenáže pro aktivní 4 - komorový hydrocefalus.

Vyhodnocení:

Cíle bylo splněno částečně, výsledná kritéria byly splněny. Pacientky stav se upravil, tak že nezvrací, je dostatečně zavodňována pomocí infuzí, stav tělesné hmotnosti se nezměnil pacientka byla pravidelně vážena, pacientka stále váží 74kg i v den přeložení na Neurochirurgickou kliniku do Fakultní nemocnice Hradec Králové. Pacientka přijímá piškoty jako jedinou stravu, pije čaj po malých doušcích. Znamky dehydratace pacientka nejeví.

Spánek porušený v souvislosti s přetrvávajícím zvracením, únavou, nedostatkem soukromí, projevující se nedostatečným odpočínutím, probouzením se vícekrát během noci, sníženou funkční schopností, dezorientací, neklidem, mírným třesem rukou, tváří bez výrazu.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka spí celou noc (do konce hospitalizace).

Cíl krátkodobý: Pacientka se během noci vzbudí maximálně jednou (do 48 hodin).

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná příčinu poruchy spánku (do 24 hodin).
- Pacientka se vzbudí nejvíce dvakrát za noc (do 48 hodin).
- Pacientka se po probuzení bude cítit odpočínutá (do konce hospitalizace).
- Pacientka ví, kde se nachází, co se s ní děje a co ji čeká (do konce hospitalizace).
- Pacientka je klidná, bez třesu s adekvátním výrazem na tváři (do konce hospitalizace).

Plán intervencí:

- Posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním (do 2 hodin po přijetí - všeobecná sestra).
- Mluv s pacientkou o jejím spánkovém režimu (do 24 hodin - všeobecná sestra).
- Zjisti faktory narušující spánek pacientky (do 24 hodin - všeobecná sestra).
- Zjisti od pacientky, popř. rodiny, kdy obvykle pacientka chodí spát a jaké rituály běžně před spaním provádí (do 48 hodin - všeobecná sestra).
- Posuď nedávné traumatické příhody v životě pacientky (do 48 hodin - všeobecná sestra).
- Zhodnot množství užívání kofeinu a alkoholických nápojů (do 24 hodin - všeobecná sestra).
- Zjisti představu pacientky o tom, jak má vypadat přiměřený spánek (do 24 hodin - všeobecná sestra).
- Zkoumej zda pacientka chrápe, v jaké poloze nejčastěji ulehává (do 24 hodin - všeobecná sestra).
- Vyslechni a dej pacientce prostor pro vyslechnutí subjektivních stížností na kvalitu spánku (do 24 hodin - všeobecná sestra).
- Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort pacientky (po

dobu hospitalizace - všeobecná sestra).

- Hodnot' a zapisuj kvalitu spánku do zdravotnické dokumentace (denně, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra).
- Zajisti dostatek soukromí (denně, po dobu hospitalizace - všeobecná sestra).

Realizace (24. 3. 2011 – 29. 3. 2011):

- V den přijetí 24. 3. 2011, jsem s pacientkou pohovořila o jejím spánkovém režimu, kdy chodí spát? Jaké má rituály před spaním? Jestli si pravidelně bere hypnotika na spaní? Zda se cítí odpočínutá, po spaní?
- Pacientka si stěžovala, že je několikrát za noc vzhůru a nejde ji pak usnout ať se snaží sebevíc, tím jak v noci nespí, nebo se respektive budí několikrát za noc, ráno je tak unavená a nevyspalá, že by prospala den.
- V průběhu rozhovoru jsem se ji ptala na požití kofeinu před spaním, načež mi pacientka odpověděla, že kávu pije jedině ráno.
- Také jsem se snažila od pacientky zjistit jestli se v nedávné době v rodině nevyskytla nějaká traumatická příhoda, jako je úmrtí blízké osoby atd., a došla jsem k závěru, že ne.
- V průběhu rozhovoru jsem kladla důraz na kvalitu spánku v souvislosti s fyzickou a psychickou pohodou.
- Pacientku jsem pobízela k vyplnění času jinak a omezení spaní přes den, nejčastěji v odpoledních hodinách během její hospitalizace v nemocnici Chrudim.
- První noc po přijetí se pacientka nevyspala kvůli nesnesitelnému chrápání pacientky na stejném pokoji, staršího věku, stěžovala si na její chrápání, mlaskání, skřípání zubů a mluvení ze spaní.
- Pacientka druhý den vypadala nevyspala s kruhy pod očima. Starší pacientka sdílející stejný pokoj s pacientkou J.H. byla ještě ten den propuštěna domů.
- Vše jsem pečlivě zaznamenávala do zdravotnické dokumentace.
- Druhý den 25. 3. se pacientka zabavila cvičením s rehabilitační sestrou, během

odpoledne za ní přijela rodina a také se s nimi šla kousek po chodbě po oddělení projít, měla radost, působila spokojeně.

- Večer ještě před spaním jsem pacientce vyvětrala pokoj, dopomohla s večerní hygienou a doporučila jí, aby před spaním moc nepila, aby se nebudila kvůli nucené potřebě jít na WC.
- Hypnotika pacientka nechtěla.
- Pacientka udala, že byla za noc 2 krát vzhůru, z toho jednou šla na WC, podruhé kvůli hluku způsobeným nočním příjmem pacienta.
- Zjistila sem faktory omezující spánek pacientky.
- Pacientka si na nic neztěžuje, spánek určila za přiměřený.
- Během dne 26. 3. pacientka rehabilituje, kouká na televizi, cítí se spokojeně.
- Přes den pacientka využívá postel pouze k odpočinku, nikoli ke spánku.
- Kvalita spánku pacientky se zhoršila po 27. 3. 2011 pro vyčerpávajícím, neustávajícím zvracením.
- Pacientka si stěžovala na nedostatek kvalitního spánku, po kterém by se cítila odpočinitá. Spánek ji narušovalo zvracení, které ji postupně čím dál více obtěžovalo a unavovalo. Pacientka se snažila o usnutí z všech sil, ale vždy když usínala objevil se vomitus.
- Během její hospitalizace jsem hodnotila a zapisovala kvalitu spánku do zdravotnické dokumentace.
- Pacientka má zajištěný dostatek soukromí pomocí plent na pokoji od 27. 3., od přijetí 24. 3. nevyžadovala jejich zatažení.
- Během dne 27. 3. byly pacientce podávány infuze pro doplnění chybějící ztráty tekutin obohacené o Torecan, pacientka odpočívala na pokoji v posteli se snažením o spaní.
- Pacientka usnula kolem oběda na cca 2 hodiny. Kvůli zvracení pacientka další den necvičila, návštěvě rodiny se nevěnovala, na bolest si nestěžovala.
- Zevnějšek pacientky popisoval její vyčerpávající stav.

- Zvracení ustálo 29. 3. 2011 kdy pacientka přestala zvracet, ale dobře ji nebylo. Na bolest břicha si nestěžovala.
- Pacientka pospává i během dne, je unavená, vyčerpaná.
- Dne 30. 3. přeložena pro svůj zdravotní stav do Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, výsledných kritérií bylo dosaženo z části. Zhoršený stav pacientky komplikující spánek zvracením, ustálo během posledního dne hospitalizace, kdy 30. 3. byla pacientka převezena do Fakultní nemocnice Hradec Králové v pokračování léčby roztroušené sklerózy a zahájení léčby nově zjištěného onemocnění. Pacientka spí kvůli vyčerpanosti ze zvracení. Po spánku se cítí odpočínutá, rovněž si ale stěžuje na nauzeu, stále se necítí dobře. Pacientka zná a dokáže pojmenovat příčinu poruchy spánku. Vše jsem pečlivě zaznamenávala do zdravotnické dokumentace. Pacientka je informována jak si zkvalitnit spánek v domácím prostředí.

Příloha B – Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

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

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

Zdroj: Staňková, Marta. Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi, 2001.

Příloha C – Folsteinův test kognitivních funkcí (MMS)

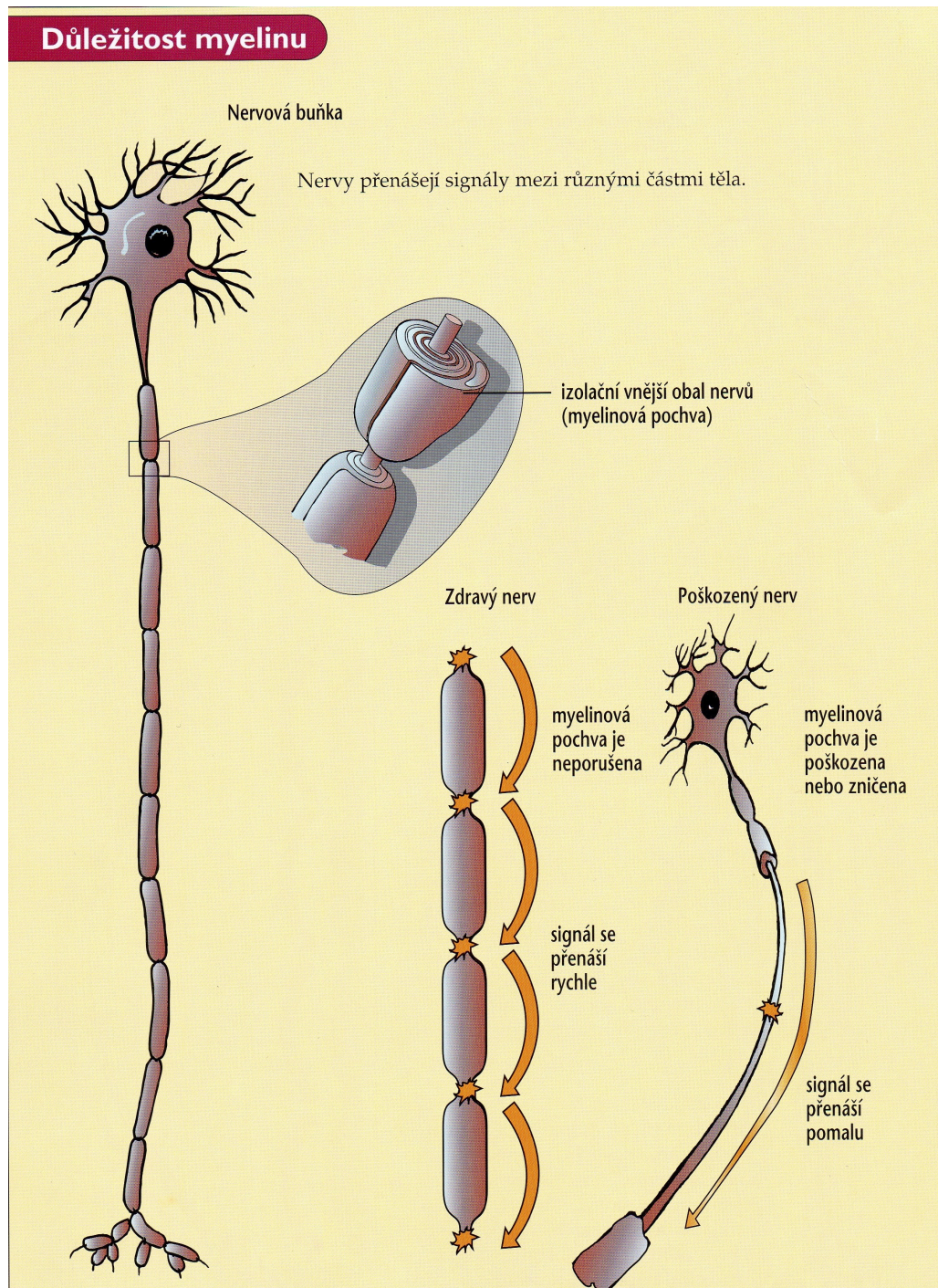
Folsteinův test kognitivních funkcí Mini-Mental-State test (MMS)

(modifikace Topinková, E., Mellanová, A. 1993)

Orientace	maximální počet bodů
Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum?	5
Kde nyní jste – země, oblast, město, ulice, č. domu, ev. v nemocnici – podlaží, číslo pokoje	5
<i>Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu</i>	
Paměť	
Vyšetřující jmenuje 3 předměty během 3 vteřin, např. strom, okno, kniha a vyzve nemocného, aby je opakoval	3
<i>Správná odpověď – za každý předmět 1 bod</i>	
Pozornost a počítání	
Odečítejte 7 od čísla 100	5
<i>Ukončit po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod.</i>	
Krátkodobá paměť	
Vybavte si a jmenujte 3 dříve uvedené předměty	3
Jazyk	
Vyšetřující ukáže 2 předměty (tužka, hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval	2
Opakujte následující: „ale, avšak, a přece:	1
Proveďte po sobě tyto úkony:	
„vezměte papír do pravé ruky – přeložte jej na polovinu a položte na stůl“	3
Přečtěte a proveďte tento příkaz (nemocný dostane postupně lístky s výzvami): „zavřete oči“	1
„napište větu, obsahující podmět a přísudek“	1
„namalujte podle předlohy tento obrazec“:	1
Celkem	-----
Hodnocení:	
0 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha
11 – 20 bodů	kognitivní porucha středního stupně
21 – 23 bodů	lehká porucha

Zdroj: Staňková, Marta. Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, 2001.

Příloha D – Důležitost myelinu



Zdroj: Schering. Rádce v neurologii.

Příloha E – Kurtzkeho rozšířená škála disability

Rozšířená stupnice míry postižení (EDSS)

- 0 Normální neurologické funkce (u všech FS stupeň 0, u mozkového systému akceptovatelný stupeň 1).
- 1,0 Žádné postižení, minimální příznaky u jednoho FS (tzn. stupeň 1, bez ohledu na stupeň 1 u mozkového systému).
- 1,5 Žádné postižení, minimální příznaky u více než jednoho FS (tzn. stupeň 1 u více než jednoho FS, bez ohledu na stupeň 1 u mozkového systému).
- 2,0 Minimální postižení u jednoho FS (tzn. u jednoho FS stupeň 2, u ostatních stupně 0 nebo 1).
- 2,5 Minimální postižení u dvou FS (tzn. u dvou FS stupeň 2, u ostatních stupně 0 nebo 1).
- 3,0 Střední postižení u jednoho FS (tzn. u jednoho FS stupeň 3, u ostatních stupně 0 nebo 1), nebo mírné postižení u tří nebo čtyř FS (tzn. u tří nebo čtyř FS stupeň 2, u ostatních stupně 0 nebo 1), avšak jenom chodící pacienti.
- 3,5 Plně chodící pacient se středním postižením u jednoho FS (tzn. u jednoho FS stupeň 3) a jedním nebo dvěma FS stupně 2; nebo dvěma FS stupně 3; nebo pěti FS stupně 2 (u ostatních FS stupně 0 nebo 1).
- 4,0 Plně chodící pacient, samostatný, aktivní alespoň 12 hodin denně i přes relativně těžké postižení jednoho FS (stupeň 4, ostatní FS stupeň 0 nebo 1), nebo kombinace nižších stupňů, převyšující limit předchozího bodového hodnocení. Schopen ujit bez pomoci a odpočinku asi 500 metrů.
- 4,5 Plně chodící pacient, samostatný, aktivní po většinu dne, schopný pracovat celou pracovní dobu, s určitým omezením nebo potřebou minimální pomoci; charakterizován relativně vážným postižením jednoho FS (stupeň 4, ostatní FS stupeň 0 nebo 1) nebo kombinací nižších stupňů, převyšující limit předchozího bodového hodnocení. Schopen ujit bez pomoci a odpočinku asi 300 metrů.
- 5,0 Chodící pacient, schopen ujit bez pomoci a odpočinku asi 200 metrů; postižení dosti těžké na to, aby omezilo běžné každodenní činnosti (např. pracovat po

celou pracovní dobu bez potřeby zvláštních opatření). (Obvyklým ekvivalentem je stupeň 5 u jednoho FS, zatímco ostatní FS jsou stupně 0 nebo 1, nebo kombinace nižších stupňů, obvykle převyšující specifikaci pro hodnotu EDSS 4,0.)

- 5,5 Chodící pacient, schopen ujít bez pomoci a odpočinku asi 100 metrů; postižení dosti těžké na to, aby zamezilo běžným každodenním činnostem. (Obvyklým ekvivalentem je stupeň 5 u jednoho FS, zatímco ostatní FS jsou stupně 0 nebo 1, nebo kombinace nižších stupňů, obvykle převyšující specifikaci pro hodnotu EDSS 4,0.)
- 6,0 Občasná nebo trvalá jednostranná pomůcka (hůl, berle nebo výztuha) potřebná k překonání vzdálenosti asi 100 metrů s odpočinkem nebo bez. (Obvyklými ekvivalenty jsou kombinace s více než dvěma FS stupně 3+.)
- 6,5 Trvalá oboustranná pomůcka (hole, berle nebo výztuhy) potřebná k překonání vzdálenosti asi 20 metrů bez odpočinku. (Obvyklými ekvivalenty jsou kombinace s více než dvěma FS stupně 3+.)
- 7,0 Neschopen ujít více než 5 metrů i s pomůckami, v zásadě upoután na vozík; ve standardním vozíku se pohybuje sám a je schopen se z vozíku přemístit. Činný 12 hodin denně (na vozíku). (Obvyklými ekvivalenty jsou kombinace s více než jedním FS stupně 4+; velice zřídka jenom pyramidové funkce ohodnocené stupněm 5.)
- 7,5 Neschopen ujít více než několik kroků, upoután na vozík; při přemísťování z vozíku může vyžadovat pomoc, schopen samostatného pohybu na vozíku, ale ne po celý den; může vyžadovat vozík s motorovým pohonem. (Obvyklými ekvivalenty jsou kombinace s více než jedním FS stupně 4+.)
- 8,0 V zásadě upoután na lůžko nebo vozík, nebo částečně pohyblivý na vozíku, většinu dne může strávit mimo lůžko; zachovává si mnohé funkce potřebné pro péči o sebe; obecně může používat ruce. (Obvyklými ekvivalenty jsou kombinace, obecně stupeň 4+ u několika FS.)
- 8,5 V zásadě upoután na lůžko po většinu dne; částečně může používat ruce (ruku); zachovává si některé funkce potřebné pro péči o sebe. (Obvyklými ekvivalenty

jsou kombinace, obecně stupeň 4+ u několika FS.)

- 9,0 Bezmocný pacient upoutaný na lůžko; může jíst a komunikovat. (Obvyklými ekvivalenty jsou kombinace, většinou stupňů 4+.)
- 9,5 Úplně bezmocný pacient upoutaný na lůžko; není schopen efektivně komunikovat nebo jíst (polykat). (Obvyklými ekvivalenty jsou kombinace s téměř všemi hodnotami 4+.)
- 10 Smrt následkem roztroušené sklerózy.

Zdroj: www.ereska.cz/rs/edss.doc

Příloha F – McDonaldova kritéria

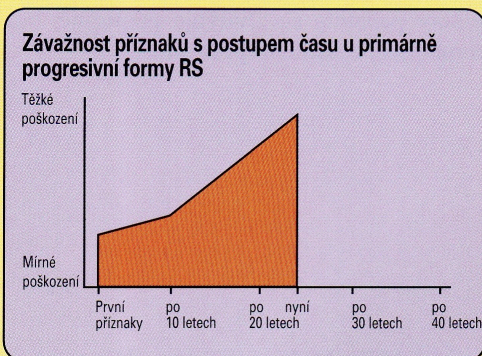
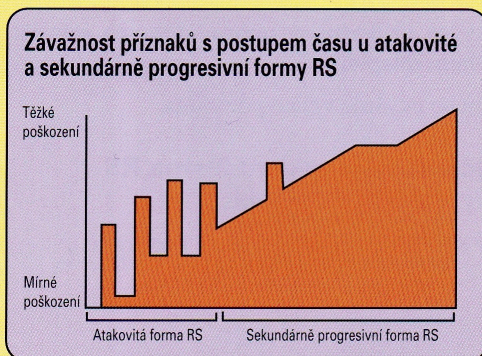
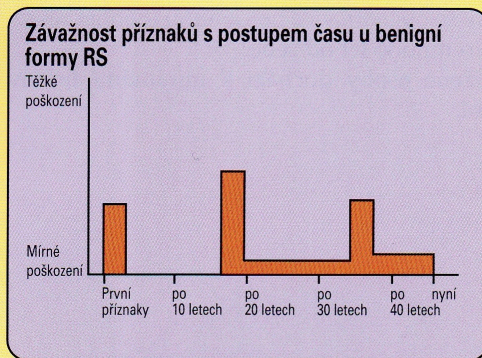
Sclerosis multiplex – kritéria diagnózy

(Podle: McDonald a kol. /2001/, Recommended diagnostic criteria for MS, Ann. Neurol. 50, s. 121–127)

Klinický obraz (ataky)	Objektivní léze	Přídavné podmínky
2 nebo více	2 nebo více	Nejsou, ale pečlivá diferenciální diagnóza
2 nebo více	1	Prostorová diseminace <i>nebo</i> pozitivní likvor + ≥ 2 MR-léze <i>nebo</i> jinak lokalizovaná další ataka
1	2 nebo více	Časový rozsev <i>nebo</i> druhá ataka
1	1	Prostorová diseminace <i>nebo</i> pozitivní likvor + ≥ 2 MR-léze a časový rozsev <i>nebo</i> druhá ataka
Chronicky progresivní		Pozitivní likvor a časová diseminace a prostorová diseminace

Zdroj: Berlit, Petr. Memorix neurologie, 2007.

Příloha G – Typy roztroušené sklerózy



Neškodná (benigní) forma RS

U lidí s benigní formou RS se většinou objeví dvě nebo více atak, po nichž následují remise a úplné uzdravení. Ataky se mohou vyskytnout mnoho let od sebe, přičemž ani za období deseti let nedochází k akumulaci míry postižení. Touto formou trpí asi 25 % všech pacientů. Nevede k trvalému poškození, ale může pokračovat progresivní fází.

Atakovitá forma RS s remisemi

Nejčastější forma RS u pacientů do 40 let (45 až 50 % všech případů). U pacienta se objevují ataky, po nichž následuje období zlepšení (remise) a úplné nebo částečné uzdravení. Celková míra postižení s postupem času roste, i když průběh nemoci je nepředvídatelný a remise mohou trvat po celá léta.

Sekundárně progresivní forma RS

S přibývajícím věkem po diagnóze atakové formy RS se zvyšuje pravděpodobnost přechodu do sekundárně progresivní fáze RS. Míra uzdravení po atakách klesá, příznaky se stávají trvalejšími a míra celkového postižení dlouhodobě roste.

Primárně progresivní forma RS

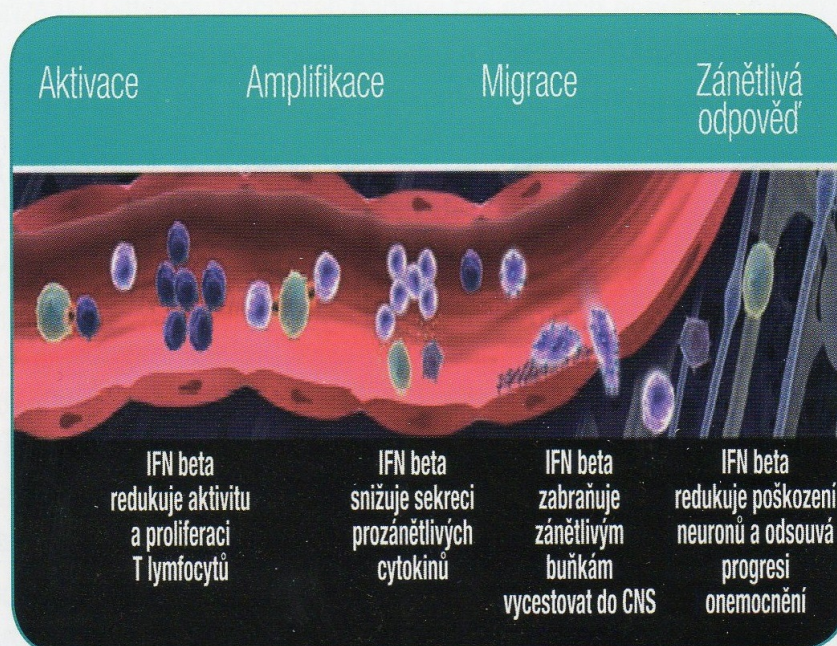
Lidé, jejichž zdravotní stav se postupně zhoršuje, aniž by se u nich objevovaly ataky, remise a období uzdravení, trpí primárně progresivní formou RS. Tato forma je nejčastější u pacientů, u nichž se první příznaky objevily až po 40. roku života (asi 25 % všech pacientů s RS).

Zdroj: Schering, Rádce v neurologii.

Příloha H – Přípravek Rebif

Přípravek Rebif® působí stejně jako přirozená látka, která je stále přítomná v těle a kterou nazýváme interferon beta. Přípravek Rebif® ovlivňuje imunitní systém na více úrovních autoimunitní reakce:

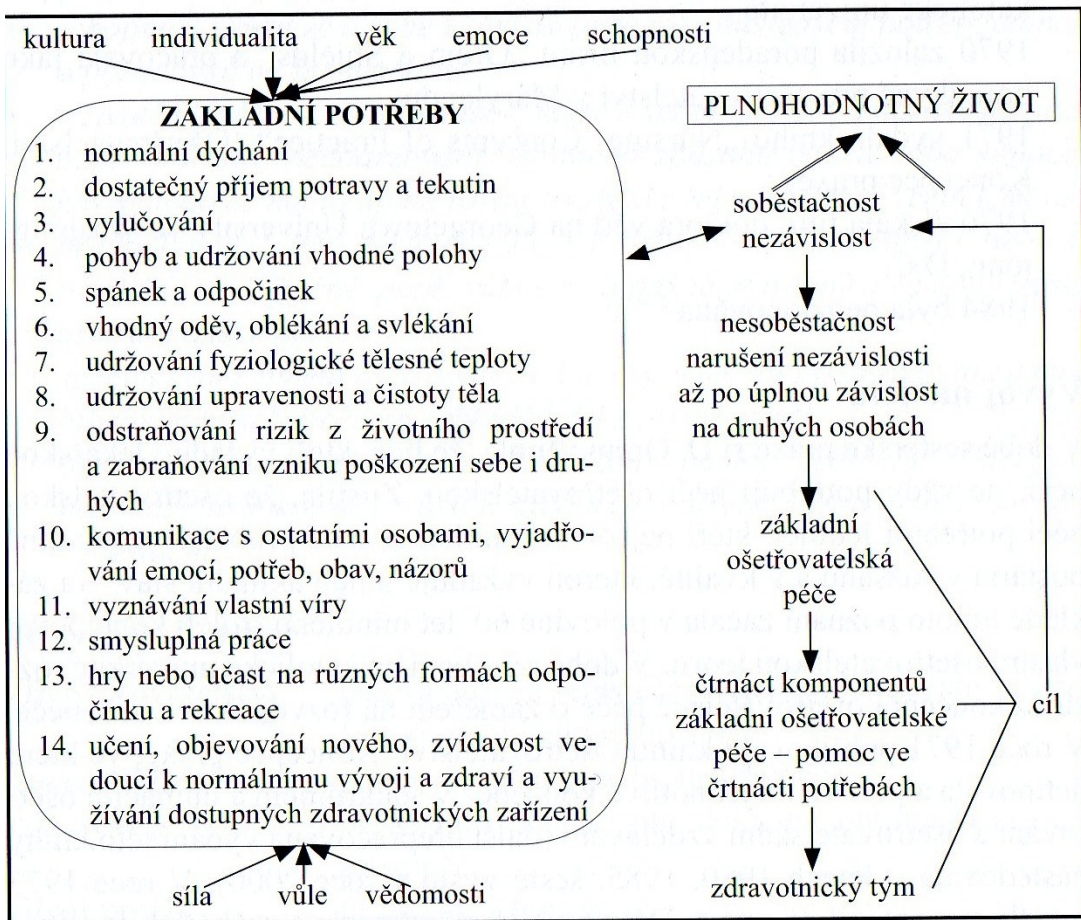
- brání aktivování T buněk
- brání přestupu T buněk z krve do mozku a míchy
- brání opětovné aktivaci T buněk v mozku a míše
- brání zapojení dalších složek imunitního systému do napadání vlastních nervových buněk
- působí protizánětlivě v mozku a míše



Zdroj: Začínáme s přípravkem Rebif®, Brožura pro pacienty.

Příloha CH – Grafické znázornění teorie Virginie Henderson

Obr. 4 Grafické znázornění teorie V. Henderson



Zdroj: Pavlíková, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce, 2006.