

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S
ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA NEČASOVÁ, DiS.

Praha 2012

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA NEČASOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

Praha 2012



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

Nečasová Veronika
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 10. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou

Nursing Process for Patient with Multiple Sclerosis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2012

podpis

ABSTRAKT

NEČASOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD. Praha. 2012. 76 s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou onemocněním roztroušená skleróza a ošetrovatelským procesem u pacienta s tímto onemocněním. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické.

V teoretické části je objasněna základní charakteristika onemocnění, historie s vědeckými poznatky, výskyt ve světě, příčiny vzniku tohoto onemocnění, průběh, typy a příznaky onemocnění, diagnostické metody, léčba a specifika ošetrovatelské péče.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou.

Bakalářská práce je doplněna přílohami obsahující ilustrace, tabulky, škály a RS centra v České republice, které doplňují poznatky o roztroušené skleróze.

Klíčová slova:

Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelství. Péče. Roztroušená skleróza

ABSTRACT

NEČASOVÁ, Veronika. *Nursing Process for Patient with Multiple Sclerosis*. The College of Nursing, o. p. s. A qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD. Prague. 2012. 76 pgs.

This bachelor thesis deals with the multiple sclerosis disease and the nursing care of a patient with this disease.. The thesis is dividend into two parts, theoretical and practical.

The theoretical part gives an analysis on the basic characteristics of this disease, the history of scientific knowledge, the occurrence in the world, the causes of this desease, its types and symptoms, the diagnostic methods, the treatment and nursing care specifics.

The practical part deals with the nurcing care provided to a patient with the multiple sclerosis disease.

The thesis is completed with annexes containing illustrations, tables, scales and RS centers in the Czech Republic that complement findings on multiple sclerosis.

Key word:

Nursing process. Nursing. Care. Multiple sclerosis.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na dané téma, které se týká nemocných s roztroušenou sklerózou.

Výběr tématu byl ovlivněn mojí prací na neurologickém oddělení, kde se nemocní s touto chorobou vyskytují. Podklady k vypracování bakalářské práce jsem získala z knižních publikací, časopisů a internetových odkazů.

Práce je určena širšímu okruhu lidí, především studentům zdravotnických škol, zdravotnickým pracovníkům, pracovníkům sociálním a psychologickým, kteří s touto nemocí přicházejí do kontaktu. Také je určena samotným pacientům s roztroušenou sklerózou a jejich rodinám.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi, PhD. za spolupráci při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

OBSAH

ÚVOD	10
1 Roztroušená skleróza mozkomíšní	11
1.1 Historie	11
1.2 Definice	12
1.3 Výskyt	12
1.4 Etiologie a patogeneze	13
1.5 Klinický obraz	13
1.6 Typy a průběh nemoci	16
1.7 Diagnostika	18
1.8 Prognóza a komplikace	20
1.9 Léčba	21
2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s roztroušenou sklerózou	27
3 Ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou	31
4 Doporučení pro praxi	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	centrální nervový systém
CT	počítačová tomografie
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EP	evokované potencionály
GA	Glatiramer acetát
INTβ	Interferon beta
MRI	magnetická rezonance
RS	roztroušená skleróza

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Akrální – okrajový

Hyperstézie – zvýšená citlivost, zvýšené vnímání podnětů

Hypestézie – snížená citlivost, snížené vnímání podnětů

Interferony – skupina endogenních glykoproteinů obdařených imunomodulačními, antivirovými a antiproliferativními vlastnostmi

Kvadruparéza – částečné ochrnutí všech čtyř končetin

Kvadruplegie – úplné ochrnutí všech čtyř končetin

Paraparéza – částečné ochrnutí dolních končetin

Paraplegie – oboustranné úplné ochrnutí dolních končetin

Parestézie – spontánní nebo vyvolané abnormální vjemy (např. mravenčení, pálení)

Paréza – částečná ztráta hybnosti, neúplná obrna

Rebif – (interferon beta) obsahuje stejnou sekvenci aminokyselin jako endogenní lidský interferon beta. Je tvořen v buňkách savců, tudíž je glykosylován jako přirozený protein

Sfinkter – svěrač (sval)

Spasticita – zvýšené napětí svalů ve vnitřních orgánech a zejména svalů kosterních

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou, protože se při své práci setkávám s pacienty, kteří trpí tímto onemocněním. Roztroušená skleróza není bohužel v naší zemi onemocnění vzácné a počet osob trpících roztroušenou sklerózou není malý. Světové statistiky uvádí, že roztroušenou sklerózou trpí přes dva a půl milionů obyvatel v celém světě. V České republice je onemocnění rozšířené až na 10 000 jedinců z celkové populace. Toto onemocnění se bohužel nezmění na normální stav přes noc ani za týden nebo měsíc, je to celoživotní běh s velmi dlouhou trátí. Nejen člověku, který onemocněl roztroušenou sklerózou se změní kompletně celý život, ale i celé rodině se změní životní rytmus. Veliké procento pacientů s tímto onemocněním ztrácí soběstačnost. V případech lehkého postižení činí roztroušená skleróza pacientův život nejistým. Ovlivňuje tak jeho naděje a šance na zaměstnání, budoucnost, vztahy v rodině a společenský život. V případech těžkého postižení je pacient odkázán na pomoc druhých. Každý nemocný má i tak velkou šanci svou trpělivostí, vírou a pravidelnou pohybovou aktivitou, která může do jisté míry ovlivnit stav pacienta dosáhnout velkých výsledků a kvalitativního zlepšení života s určitou perspektivní prognózou.

Cílem této práce je zjistit a podat pomocí odborné literatury co nejvíce ucelený pohled o problematice onemocnění roztroušená skleróza.

Bakalářská práce má dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je první kapitola věnována problematice roztroušená skleróza. Obsahuje charakteristiku onemocnění, stručný popis historie nemoci s vědeckými poznatky, etiologii a výskyt, průběh, typy a příznaky onemocnění, diagnostické metody a léčbu. Druhá kapitola popisuje specifika ošetrovatelské péče u pacientů s roztroušenou sklerózou. Praktickou část tvoří třetí kapitola, která je zaměřena na samotné zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta s onemocněním roztroušená skleróza.

Obsahem čtvrté kapitoly bakalářské práce je doporučení pro praxi.

Vypracovaná práce by měla sloužit jako informační zdroj studentům, zdravotnickým pracovníkům, pracovníkům sociálním a psychologickým.

1 Roztroušená skleróza mozkomíšní

1.1 Historie

Určit první stopy onemocnění roztroušené sklerózy není snadné. Z minulosti pochází, že nemocní tu byli dříve než nemoc sama. Z historie existují lidé, kteří pravděpodobně trpěli roztroušenou sklerózou. Svatá Lidwina ze Schiedamu (1380 až 1433) z Nizozemí je zřejmě první postiženou trpící RS. Augustus Friedrich d'Este (1794 až 1848) syn Jiřího III., krále anglického a bratranec britské královny Viktorie, si během svého života vedl deník, kde popisoval život s chorobou. Jeho potíže začaly ve věku 28 let po prodělání spalniček náhle přechodnou poruchou zraku. Později se objevily slabosti dolních končetin, poruchy močového měchýře, ochrnutí dolních končetin. V roce 1848 jsou vedeny poslední záznamy z deníku, které jsou psány třesoucí se rukou. Za nějaký čas dochází u d'Esteho k ochrnutí obou horních končetin a úmrtí.

První odborný popis a ilustrace pochází od dvou patologických anatomů, kteří působili ve stejné době v Paříži. Profesor Jean Cruveilhier (1783 až 1857) a Robert Carswell (1783 až 1857). V roce 1838 Robert Carswell jako první pořídil anatomický popis nemoci, ilustroval v bílé hmotě míchy ložiska demyelinizace. O definitivní popis roztroušené sklerózy a také o název „sclérose en plaques“ se zasloužil francouzský neurolog Jean Martin Charcot (1825 až 1893). V roce 1868 nemoc formuloval, osamostatnil a určil její příznaky. Termín plaka jako označení ložiska RS, je uznáván od roku 1868 až dodnes.

Přehled některých dalších poznatků a objevů, které věda postupně přinášela.

- r. 1860 odhalení myelinu pod mikroskopem, který obaluje nervová vlákna
- r. 1900 prokázána existence virů
- r. 1928 byly mozkové buňky oligodendrocyty rozpoznány jako zdroj myelinu
- r. 1937 nervové vlákno, které ztratí myelin, ztrácí i schopnost vedení vzruchu
- r. 1953 Watson a Crick popsali strukturu DNA, v tomto roce byla popsána i vnímavost vůči RS v některých rodinách
- r. 1957 objevení interferonů Isaacem a Lindenmannem
- r. 1965 zjištění reakce T buněk proti myelinu
- r. 1972 hledání „spouštějícího“ viru způsobující RS

- r. 1989 úspěšná transplantace myelinu na zvířatech.

V polovině 80. let dochází k zavedení do klinické praxe metodu MRI (zobrazovací magnetická rezonance), která umožňuje zobrazit i velmi malá ložiska RS.

V devadesátých letech se urychluje výzkum a dochází k úspěšně dokončeným pokusům v oblasti některých léků, které zpomalují průběh nemoci (HAVRDOVÁ et.al., 2006).

1.2 Definice

Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS, sclerosis cerebrospondialis multiplex) je chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění centrálního nervového systému (CNS). Způsobuje demyelinizaci, při které dochází k poškození až destrukci myelinových pochv nervových vláken a také k poškození axonů (HAVRDOVÁ et.al., 2001).

1.3 Výskyt

Roztroušená skleróza patří k nejčastějším neurologickým onemocněním mladých lidí, první příznaky se u většiny pacientů objeví mezi 20. a 40. rokem života, postihuje tedy mladé lidi v období jejich biologicky i pracovně nejproduktivnějším věku. U velmi malého procenta pacientů se RS může objevit již v průběhu puberty nebo naopak ve starším věku po 60. roce života. Onemocnění se vyskytuje u žen dvakrát častěji než u mužů. Prevalence onemocnění v České republice je 100/130 na 100 000 obyvatel (HAVRDOVÁ, 2009).

Nemoc se ve světě vyskytuje nerovnoměrně, v některých oblastech se koncentruje více, v jiných méně. Onemocnění RS se nejčastěji vyskytuje v mírném pásu severní polokoule, v severní Evropě, západní a jižní Kanadě, na severu USA, ve Velké Británii, Skandinávii, části Francie, dále pak v Nizozemí, Belgii, Německu, Švýcarsku, Polsku a též v České republice. Výjimečně se objevuje v tropickém a subtropickém pásmu, a jako poměrně vzácně se může vyskytnout na kontinentech Jižní Ameriky, Afriky a Asii. Některé skupiny obyvatelstva jsou proti RS téměř odolné, prakticky se RS nevyskytuje u Eskymáku, Japonců, Indiánů, a primitivních australských kmenů (JEDLIČKA, KELLER et al., 2005., HAVRDOVÁ et. al., 2001).

1.4 Etiologie a patogeneze

Příčina RS není doposud známá. Kromě etnika a zeměpisné šířky se předpokládá, že na vzniku RS mají podíl genetické faktory ovlivněné vnějším prostředím. „Pravděpodobně se dědí určité nastavení imunitního systému a schopnost na určité podněty aktivovat autoagresivní lymfocyty. Předpokládá se kolem dvaceti genů vnímavosti a nejsou zřejmě totožné v různých populacích. Stejně tak agresivita a typ průběhu nemoci jsou zřejmě určeny geneticky“. Genetické pozadí avšak samo RS nezpůsobí, je potřeba dalších zevních faktorů. K nejdůležitějším faktorům zevního prostředí patří infekce, nejčastěji virové, které často vyvolávají nejen ataku nemoci, ale i projevy prvních příznaků. Dále se na vzniku RS podílí stres zejména chronický, kouření, vliv a nedostatek vitamínu D, hormonální vlivy (porod, menopauza) (HAVRDOVÁ, 2009, s. 14).

„Histologicky nalézáme v bílé hmotě perivaskulární zánětlivé infiltráty T-buněk, B-buněk a makrofágů. V akutním ložisku nastává destrukce myelinu a rozsah axonální dráhy rozhoduje o závažnosti klinického stavu. Později dochází ztrátou myelinu i axonů k atrofii CNS“. (KOLÁŘ et al., 2009, s. 379)

„Ke vzniku autoagresivního zánětu v orgánu dochází autoagresivními klony T-lymfocytů zaměřenými proti antigenům myelinu, které jsou v těle každého člověka v malých množstvích a v klidovém stavu, jsou neznámým mechanismem aktivovány na periferii, jsou schopny pomnožení a v aktivovaném stavu i přestoupení hematoencefalické bariéry. V nervové tkáni pak aktivují mikroglii a astrocyty, místem porušené hematoencefalické bariéry přitahují další nespecifické buňky zánětu, a tím se vytváří perivaskulární infiltrát. K destrukci myelinu dochází jednak přímo pomocí makrofágů a na ně navázaných protilátek, jednak pomocí cytosinů, produktů imunitních buněk, pro myelin toxických. Jakým mechanismem dochází ke zřetření axonů, není zatím známo“ (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2005, s. 211).

1.5 Klinický obraz

Demyelinizace způsobuje řadu příznaků v závislosti na oblasti CNS, kde se vytvoří zánětlivý infiltrát. Pro RS neexistují specifické příznaky. Na začátku nemoci bývají obtíže často nenápadné. Nejčastějšími prvními nenápadnými příznaky jsou únava,

deprese, bolesti hlavy, bolesti v končetinách. Zhodnocení příznaků patří do rukou odborníka – neurologa (SEIDL, VANĚČKOVÁ, 2007).

U RS se můžeme setkat s těmito příznaky:

Postižení zrakové dráhy

Postižení zrakové dráhy je charakteristické pro onemocnění roztroušenou sklerózou. Projevuje se retrobulbární neuritidou neboli zánětem očního nervu. Nemocní si často stěžují na zamlžené vidění, zešednutí zrakového pole, poruchu barevného vidění, na bolesti za okem a při pohybu bulbu, výpadky zorného pole až úplnou ztrátou zraku. K úpravě zraku může dojít spontánně. U těžšího průběhu optické neuritidy v pozdějších stádiích může dojít ke zblednutí papily až její atrofii. Neuritida také často recidivuje (JEDLIČKA, KELLER et al., 2005).

Postižení mozkových nervů

Nejčastěji se objevuje neuralgie trigeminu neboli zánět n. trigeminus. Neuralgie tohoto nervu je způsobena postižením zánětlivým infiltrátem na jeho odstupu z mozkového kmene. Dále se může objevit obrna lícního nervu – n. facialis nebo okohybné poruchy, které se projevují dvojitým viděním a nystagmem - trhavé pohyby očí ze strany na stranu (HAVRDOVÁ et al., 2001).

Mozečkové poruchy

Projevují se ataxií, což je porucha koordinace pohybů a intencním tremorem, jde o třes, který se objevuje při účelném pohybu, brání pacientovi se najíst, napít, vykonávat jakékoliv jemnější pohyby. Vede k poruše sebeobsluhy pacienta.

Poruchy senzitivního systému

Dochází k poruchám citlivosti (hypestézie, parestézie, hyperstézie), nepříjemným pocitům brnění, mravenčení, které se mohou objevit na jakékoliv části těla. Nejčastěji se projevuje porucha citlivosti na dolních končetinách. Tyto potíže obvykle patří mezi první příznaky RS, které jsou velmi často přehlíženy jak pacientem, tak i lékařem. Také jsou často přičteny poruchám krční či bederní páteře.

Dominující jsou **poruchy hybnosti**, které se projevují zvýšenými reflexy, pyramidovými jevy zánikovými i iritačními, dále také spasticitou a parézami. Tyto příznaky se v průběhu nemoci různě kombinují a vedou k závažné pohybové invaliditě. Nejprve dochází k postihnutí převážně dolních končetin (spastické paraparézy, paraplegie), později dochází k postihnutí i horních končetin přes akrální postihnutí až k vývinu kvadruparézy, kvadruplegie (JEDLIČKA, KELLER et al., 2005).

Poruchy sfinkterů

Asi 80% pacientů trpí některými problémy s poruchou vyprazdňování moči. Mezi nejčastější mikční poruchy patří časté močení, nutkání (imperativní močení), pocit neúplného vyprázdnění (retence) až samovolný únik moči (inkontinence). Porucha vyprazdňování stolice se projevuje zácpou a inkontinencí stolice. Zácpa obtěžuje téměř polovinu pacientů.

Ke sfinkterovým obtížím patří i **sexuální poruchy**, které jsou častější u mužů než u žen. U mužů jde především o poruchy erekce, ejakulace, snížení libida, neschopnost dosáhnout orgasmu. U žen dochází taktéž jak u mužů ke snížení libida, ke snížené citlivosti a vzrušivosti.

Únava je jeden z nejčastějších nespecifický příznaků, někdy i velmi častým invalidizujícím příznakem. Na vzniku únavy se podílí více faktorů, kdy většina není známa. Únava se neobjevuje pouze při zvýšené námaze, může se vyvinout i v klidu. Někdy nemocného může přepadnout zcela náhle (HAVRDOVÁ et.al., 2006, HAVRDOVÁ et.al., 2001).

K dalším příznakům RS patří taktéž **deprese** a v pozdějších stádiích rozvoj **kognitivních poruch**. Deprese se vyskytuje téměř u poloviny pacientů. Nejčastěji to bývá v období diagnostiky, a dále vědomí nevyléčitelného onemocnění. Kognitivní poruchy můžeme pozorovat na začátku onemocnění pouze ojediněle, objevují se spíše s postupujícím chorobným procesem. Nejvíce se týkají oblastí paměti a soustředění (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2005).

Bolest stejně jako deprese byla dlouhou dobu podceňovaným příznakem. Nepatří ke specifickým příznakům, její přítomnost je spíše doprovázejícím znakem. Nejčastěji se

objevuje jako neuralgie trigeminu (trojklaného nervu), spasticita a svalové bolesti u pacientů s těžkým postižením hybnosti. Bolest hlavy a poruchy změněné kvality cití, které jsou vnímány jako nepříjemné vjemy jsou dalšími typy bolestí u RS (HAVRDOVÁ et. al., 2001).

1.6 Typy a průběh nemoci

Průběh RS je nevypočitatelný a kolísavý. U každého pacienta je průběh nemoci jiný. RS může propuknout buď náhle bez varování, nebo může překvapit nenápadně, nepozorovaně. O typu a průběhu nemoci rozhoduje i genetické pozadí pacienta.

Podle klinického průběhu dělíme RS na čtyři typy onemocnění:

1. Remitentní- relabující průběh (stadium atak a remisí)

U většiny pacientů probíhá onemocnění střídáním atak a remisí. Ataky mohou zpočátku za několik dní i měsíců bez léčby vymizet, a nemusí zanechat žádný neurologický nález. Některé ataky naopak mohou zanechat následky neurologického deficitu nebo invalidity. Další klinická ataka může být vzdálené od první ataky i řadu let.

Tento typ RS je nejčastější a převažuje u 80 až 85% pacientů. Plynulým pokračováním remitentního období je přechod do stádia sekundární chronické progresse nejčastěji po 10 až 20 letech u 30 až 40% pacientů (HAVRDOVÁ, 2009).

2. Chronicko- progresivní průběh (sekundárně progresivní)

V tomto období dochází k pozvolnému nárůstu neurologického deficitu. Akutních relapsů je méně a míra invalidity pacienta stoupá (HAVRDOVÁ et.al., 2001).

Míra invalidity nemusí znemožňovat pacientovi normální život nebo pracovní aktivity. Trpělivostí a pravidelnou pohybovou aktivitou může nemocný udržet přiměřenou kvalitu svého života. Pacienti, kteří v tomto stádiu nemoci nerehabilitují a vzdají se, jsou invalidní mnohem rychleji (HAVRDOVÁ et.al., 2006).

3. Primárně progresivní průběh

Postihuje 10 až 15% pacientů, z toho více muže než ženy a začíná v pozdějším věku. Tento typ průběhu je charakterizován pozvolným nárůstem neurologického

postižení, většinou v podobě spastické paraparézy dolních končetin a nepřítomností atak (HAVRDOVÁ et.al., 2001).

4. Relabující- progredující průběh

Tato forma choroby je charakterizována progresí i mezi atakami. Uzdravení z atak je minimální. Každá další ataka přináší akutní zhoršení na přetrvávající neurologický deficit. Nemocné tak vysoce invalidizuje v průběhu několika málo let (HAVRDOVÁ, 2009).

Dále můžeme průběh onemocnění rozlišovat podle rychlosti vývoje na **benigní** a **maligní** (JEDLIČKA, KELLER et al., 2005).

Za benigní průběh RS označujeme takovou, která nemocného příliš nepoškodila až do konce jeho života. Tento typ průběhu lze zhodnotit pouze zpětně. Nikdy nevíme, kdy se choroba promění a udeří např. po 20 až 30 letech průběhu.

Maligní průběh RS se projevuje častými těžkými atakami s rychlou invalidizací v průběhu několika málo měsíců (HAVRDOVÁ et.al., 2006).

Vývoj nemoci, míru atak a remisí a tempo rozvoje chronické progresse klasifikujeme podle úrovně poruchy celkové hybnosti. K určení stupně a zařazení aktuální tělesné hybnosti nám slouží škála EDSS (Expanded Disability Status Scale) navržená Kurtzkem (JEDLIČKA, KELLNER et.al., 2006).

Kurtzkeho škála je zaměřená zejména na schopnost chůze, avšak nemocní považují za nejdůležitější schopnost funkce dominantní ruky, zrak a kognitivní schopnosti. Dochází tak ke snaze o doplnění Kurtzeho EDSS škály o tzv. „Multiple Sclerosis Functional Composite, orientační test paměti a koncentrace (Paced Auditory Serial Additin Test – PASAT), test jemné motoriky horních končetin (9-HPT, 9 Hole peg Test, test devíti jamek) a test rychlosti chůze na 25 stop (7,6 m). Přepokládá se i přidání rychlého zrakového vyšetření (Visual Function Test)“ (HAVRDOVÁ, 2009, s. 30).

Ataka a progresse

Ataka je charakterizována jako nově vzniklé symptomy nebo zhoršení již existujících neurologických symptomů, v době delší 24 hodin.

Progrese je charakterizována zhoršením přetrvávajícího neurologického deficitu minimálně 3 až 6 měsíců (HAVRDOVÁ, 2009).

1.7 Diagnostika

Pro stanovení diagnózy jsou základním a velmi důležitým vodítkem klinické příznaky. Ne vždy je však soubor klinických příznaků jasný, proto nám dnes jistotu v diagnostice umožňují některé pomocné vyšetřovací metody.

Základní pomocnou vyšetřovací metodou je v poslední době **magnetická rezonance**. Jde o zobrazovací metodu, která je dostatečně citlivá k odhalení mnoha lézí v bílé hmotě mozkové v prostoru a čase. Pro pacienty je zcela nezatěžující. Je metodou první volby o potvrzení klinického podezření na tuto nemoc.

Na T2 váženém obraze a FLAIR obraze zjišťujeme přítomnost hyperintenzních lézí, drobná ložiska o velikosti od jednoho milimetru až do několika centimetrů, která jsou uložena především v bílé hmotě obou hemisfér v okolí mozkových komor, v prodloužené míše dále pod mozkovou kůrou, a méně často v oblasti mozkového kmene a mozečku.

Na T1 vážených obrazech můžeme pozorovat hypointenzní ložiska (black holes – černé díry). Jde o místa, kde došlo k definitivní ztrátě tkáně, především axonů, ale i vlastního myelinu.

Pro zobrazení aktivního ložiska používáme T1 obrazy a aplikaci kontrastní látky gadolinia. Gadolinium je látka schopná prostoupit narušenou hematoencefalickou (krevně-mozkovou) bariéru, která je v akutním ložisku. Svoji přítomností „rozsvítí“ ložisko na MR.

MR ukazuje tvorbu nových ložisek i v době, kdy pacient žádné nové příznaky nemoci nesleduje. U jednorázového vyšetření může být MR podporou ke stanovení diagnózy RS. Výhodou MR je možnost opakovaní vyšetření, můžeme tak zhodnotit aktivitu nemoci, rychlost vzniku nových lézí i zánětlivou aktivitu.

Další velmi důležitou pomocnou metodou je **vyšetření mozkomíšního moku** (likvoru). Odběr mozkomíšního moku získáváme pomocí lumbální punkce, vpichem jehly v bederní oblasti mezi čtvrtým bederním a prvním křížovým obratlem. Mozkomíšní mok koluje mozkiem a míchou a poskytuje důležité informace o celém centrálním nervovém systému, které jsou pro lékaře nezastupitelné a nelze je získat jiným způsobem než odběrem likvoru.

V akutní atace onemocnění nacházíme zmnožení mononukleárních buněk, zvýšenou celkovou bílkovinu a albumin jako projev poruchy hematoencefalické bariéry a především imunoglobulinů IgG.

V cytologickém vyšetření je nejdůležitější nález plazmatických buněk.

Pomocí vyšetření izoelektrické fokusace lze prokázat u více než 95% pacientů s RS přítomnost oligoklonálních páسů. Tyto pásy se nachází jak v séru, tak v likvoru. Specifická pro RS je přítomnost pouze v likvoru, nikoliv v séru. Za diagnosticky nejdůležitější je považován průkaz alespoň dvou oligoklonálních páسů v likvoru, které nejsou v séru.

Evokované potenciály (EP) byly dříve velkým diagnostickým přínosem a nejvýznamnější laboratorní metodou pro určení diagnózy RS. V současné době s dostupností MR ztratila jejich indikace z větší části význam. Stále jsou, ale důležité zejména při nejasném nálezů na MR a diagnostických pochybnostech. Evokované potenciály byly dříve používány především jako časná diagnostická metoda k průkazu další léze. Evokované potenciály vyšetřují funkci drah zrakových (VEP, visual evoked potentials), sluchových (BAEP, brainstem auditory evoked potentials), somatosenzorických, dráhy, které vedou citlivost z horních i dolních končetin (SEP, somatosensory evoked potentials), a motorických, dráhy, které vedou hybnost hlavní motorickou dráhou - dráhou pyramidovou (MEP, motor evoked potentials). Každá dráha je při vyšetření stimulována stále stejným podnětem. Nálezem tohoto vyšetření je porušení drah v jejich průběhu, které se projeví zpomalením rychlosti vedení nervového vzruchu a snížením amplitudy vln. Při podezření na RS jsou nejvíce informativní a mají nejvyšší výtěžnost zrakové a somatosenzorické evokované potenciály. Toto vyšetření je pro pacienty zcela nezatěžující.

Oftalmologické vyšetření je důležité při podezření na optickou neuritidu. Pacient má různé poruchy vizu, od rozmazaného vidění, poruch barvocitu až po úplnou ztrátu zraku. Dalším velmi častým projevem optické neuritidy je přítomnost skotomů (výpadky zorného pole), které nacházíme na perimetru. Dále na očním pozadí důsledkem optické neuritidy nacházíme temporální nablednutí papily jako projev její atrofie, která se vyvíjí za 4 až 6 týdnů od akutního postižení optického nervu (HAVRDOVÁ et.al., 2006, HAVRDOVÁ et.al., 2001, NEVŠÍMALOVÁ et.al., 2006).

Imunologické vyšetření krve diagnostika RS se rozšiřuje i o vyšetřování v krvi. „Zatím není jednotný systém v tomto vyšetřování, ale po celém světě probíhá rozsáhlý

výzkum, zaměřený na hledání znaků aktivity onemocnění, tzv. surrogate markers (náhradní markery). Zdá se, že těmito markery, určujícími i dostatečnost a vhodnost léčebného ovlivnění, by mohly být některé produkty zánětlivých buněk“ (HAVRDOVÁ et.al., 2006, s.57).

Pro stanovení diagnózy RS není ani jedna z vyjmenovaných pomocných vyšetřovacích metod považována za zcela dominantní. Diagnózu je i za pomoci všech vyšetřovacích metod v některých případech složité stanovit, proto je velmi důležité podstoupit všechna vyšetření. Každé z vyšetření přináší nezastupitelné informace, které dohromady odhalí celostní klinický obraz RS.

Při stanovení diagnózy je také velmi nutné pečlivé zvážení a vyloučení jiných onemocnění centrální nervové soustavy s podobnými příznaky. V první řadě to jsou nádory (nejčastěji nádory kmene a míchy), výhřezy krčních či hrudních meziobratlových plotének, jiná autoimunitní onemocnění (vaskulitida CNS), zánětlivá onemocnění CNS (neuroborrelióza), cévní onemocnění, metabolické a neurodegenerativní choroby s podobným klinickým obrazem jaký má primárně progresivní RS (HAVRDOVÁ et.al., 2006, HAVRDOVÁ et.al., 2001, NEVŠÍMALOVÁ et.al., 2006).

1.8 Prognóza a komplikace

Průběh onemocnění i jeho konečný stav je stále nepředvídatelný a liší se u každého pacienta. I přes rozsáhlý výzkum nedokážeme určit prognózu onemocnění ve chvíli stanovení diagnózy. Přesto včasné a správné zachycení diagnózy v raném stádiu zvyšuje ambice na léčebný úspěch.

U onemocnění je rovněž podstatné zvládnutí přidružených onemocnění a následujících komplikací zejména infekčních onemocnění, které jsou nejčastější komplikací RS. Infekční komplikace především dekubitální, urologické, plicní jsou často fatálním zakončením nemoci. Nemocný většinou neumírá v důsledku vlastní RS, ale v důsledku infekčních komplikací, proto je nutné u každého pacienta s RS na ně myslet, pátrat po nich a řešit je (HAVRDOVÁ, 2009, NEVŠÍMALOVÁ et.al., 2006).

1.9 Léčba

Léčba akutní ataky

Každá akutní ataka (zhoršení existujících příznaků nebo objevení se nových příznaků trvajících alespoň 24 hodin bez přestání, nikoli v návaznosti na infekci) představuje akutní vzplanutí zánětu, které je nutno léčit vysokými dávkami kortikoidů – methylprednisolonu v dávce 3-5g podané nitrožilně či perorálně během 5-10 dnů. Po vysoké dávce methylprednisolonu se pokračuje v léčbě kortikoidy. Podává se Prednison v tabletách s následným postupným snižováním dávek do vysazení. Vždy je lepší nechat vyšší dávku déle nežli ji předčasně vysadit, protože rychlé vysazení kortikoidů má za následek znovu vzplanutí aktivity zánětu.

Kortikoidy jsou v léčbě akutní ataky velmi účinné, mají velmi intenzivní protizánětlivý účinek. Tlumí imunitní reakci, snižují množství imunitních buněk přítomných v zánětlivém ložisku a zamezují rozpadu buněk nervové tkáně v místě zánětu. Při opakovaném podávání brání úbytku mozkové tkáně.

Pacienti léčení opakovaným či dlouhodobým podáváním kortikoidů, patří do trvalé péče lékaře. Zavádí se prevence proti osteoporóze (dostatečný pohyb, denně podávání rozpustného vápníku s malými dávkami vitamínu D). Dále může užívání kortikoidů vést k vývoji cukrovky. Také se může vyvinout šedý zákal. Častým steskem pacientů bývají i žaludeční obtíže. Někteří pacienti mají tendenci přibývat na váze. U části z nich se vyvíjí tzv. „měsíčkovitý obličej“, který se ztrácí se snížením dávek. Menší procento pacientů může na váze naopak ubývat. Důležité je také sledovat hladiny krevních tuků a cholesterolu. U vysokých i nízkých dávek kortikoidů se mohou vyskytnout psychické problémy, které zahrnují depresi, pocity neklidu, roztržitost, nespavost (HAVRDOVÁ 2009, HAVRDOVÁ et.al.; 2006).

Léčba dlouhodobá v remitentním stádiu

U tohoto stádia nemoci by měla léčba s užíváním řady léků sloužit ke snížení počtu atak (omezit aktivitu nemoci) a zpomalit/oddálit progresi onemocnění. V současné době existuje pro toto stadium choroby mezinárodní konsenzus, který indikuje léčbu tzv. léky první volby u choroby, která jeví aktivitu (aktivita je přítomnost dvou atak za rok nebo tři ataky během dvou let). V klinických pokusech se všemi léky první volby se

prokázala schopnost snížit počet atak. Některé z léků ukázaly i určitý vliv na progresi nemoci.

Doporučení k léčbě se odvíjí od ekonomických problémů. V naší zemi jsou pro zahájení léčby stanovena určitá přísná kritéria, která umožňují léčbu pouze těm pacientům, kteří jsou nemocí nejvíce ohroženi, jejichž nemoc je nejvíce aktivní. Řada pacientů tak není dosud léčena léky první volby.

Mezi léky první volby v současnosti patří interferon beta (INF β) a glatiramer acetát (GA). Tyto léky mají schopnost snížit počet a závažnost atak o 30-40% a mají schopnost snížit aktivitu i vývoj choroby na MRI. Účinek obou typů léků je v základních klinických studiích obdobný. Vlastní odpověď i eventuální nežádoucí účinky jsou nicméně různé, zřejmě z důvodu individuální genetické výbavy i aktuální aktivity jednotlivých genů.

Interferon beta je cytokin s komplexním vlivem na autoimunitní děje u RS. Je schopný tlumit zánět, také brání množení aktivovaných imunitních buněk.

Aplikace léčby interferonu beta je injekční s rozdílným dávkováním podle typu léku. Léčba tak vyžaduje velmi dobrou spolupráci pacientů. Aplikace interferonu beta není zcela bez nežádoucích účinků. Zvláště na začátku má aplikace INF β některé nežádoucí účinky, které jsou pro pacienty nepříjemné. Týkají se bezprostřední reakce po aplikaci, kdy se objevuje tzv. chřipkový syndrom (flu-like syndrom). Pacient může mít po vpichu za několik hodin teploty, zimnici, bolesti ve svalech, kloubech, bolesti hlavy. Tyto příznaky lze úspěšně tlumit podáním nesteroidních antirevmatik, léky typu ibuprofenu či paracetamolu. U řady pacientů příznaky odezní do několika hodin (většinou do 12 až 24 hodin.) po podání antirevmatik. Dalším nepříjemným vedlejším účinkem jsou místní reakce v místě vpichu od zarudnutí až po suchou nekrózu. Interferony mohou být i příčinou laboratorních změn v krevním obraze a biochemickém vyšetření krve. Může dojít ke vzniku protilátek proti štítné žláze či játrům. Proto pacienti musejí docházet na pravidelné laboratorní kontroly. U některých pacientů může dojít ke zhoršení depresivních příznaků.

Glatiramer acetát není přirozenou součástí imunitního systému. Jde o uměle vytvořený polymer složený ze čtyř aminokyselin, které se nejčastěji vyskytují v hlavním myelinovém bazickém proteinu. Mechanismus účinku glatiramer acetát se zásadně liší od mechanismu účinku interferon beta. I tento lék má schopnost snížit aktivitu a rozsah postižení RS.

Lék si pacient aplikuje sám podkožně každý den. Kromě nevýrazných kožních reakcí nemá tato léčba vedlejší účinky, snáší se dobře.

Léky druhé volby

Intravenózní imunoglobuliny jsou další variantou léčby místo interferonu beta a glatiramer acetátu. Pravidelné podávání vysokých dávek těchto intravenózních imunoglobulinů má stejný efekt na počet atak jako interferon beta nebo glatiramer acetát. Vedlejším účinkem léčby může být alergická reakce.

Azathioprin snižuje aktivitu nemoci o 57% v MRI obraze. V novějších studiích se ukázal účinek Azathioprinu srovnatelný s účinkem interferonu beta. Vedlejší účinky tohoto léku zahrnují zažívací obtíže, zvýšení hladin jaterních enzymů v krvi bez poškození funkce jater. Občas se u některých pacientů může objevit absolutní nesnášenlivost léku. Nejzávažnější komplikace u této léčby je útlum kostní dřeně (HAVRDOVÁ 2009, HAVRDOVÁ et.al.; 2006, NEVŠÍMALOVÁ et.al.; 2006).

Léčba chronické progresse

Pro toto stádium nemoci neexistuje žádný mezinárodní konsenzus, tato léčba je vždy méně úspěšná. Převažují zde degenerativní pochody nad zánětlivými. Dochází především k větší ztrátě nervových vláken. Možnosti léčby jsou limitované a mnohdy se redukuje jen na úlevu příznaků nemoci. V tomto stádiu nemoci umíme pouze potlačit zbytek ještě pokračujícího zánětu. K léčbě používáme imunosupresivní schémata.

Podáváme opakované vysoké dávky kortikosteroidů v kombinaci s cyklofosfamidem v měsíčních intervalech, intervaly podání se později prodlužují. Tímto způsobem je možno udržet nemoc stabilizovanou i 5 let. Tato léčba je většinou velmi dobře snášena.

Pulzní léčba mitoxantronem – podávají se buď nižší dávky s delšími časovými intervaly po dobu dvou let nebo vyšší dávky jednou měsíčně po dobu půl roku. Pulzní léčba mitoxantronem se může podávat samostatně nebo v kombinaci s kortikoidy.

Intravenózní imunoglobuliny lze také zkusit, jsou podávány jednou měsíčně v malých dávkách.

Interferon beta jeho účinek v chronické progresi byl pozorován na snížení počtu relapsů u nemocných, kteří relapsy ještě měli.

Methotrexát podává se v malé dávce třikrát týdně.

Je důležité posoudit zda léčba pacientovi pomáhá. Pokud nepomáhá nebo pacient nejeví do půl roku kladnou odpověď, nemá smysl v této terapii pokračovat.

Ve stadiu chronické progresse hraje velmi důležitou úlohu rehabilitace, která zachovává funkční schopnosti nemocného s RS na co nejlepší úrovni (NEVŠÍMALOVÁ et.al.; 2006, HAVRDOVÁ 2009).

Léčba primární progresse

Primárně progresivní typ RS je nejhůře ovlivnitelný. Od počátku onemocnění je přítomna hlavně degenerace nervové tkáně s daleko menší zánětlivou aktivitou. Proto běžná protizánětlivá terapie je málo úspěšná nebo zcela neúspěšná. U každého pacienta by se měla vyzkoušet léčba užívaná v období chronické progresse. Ovlivnění kvality života pacienta se zakládá především na symptomatické léčbě (NEVŠÍMALOVÁ et.al.; 2006, HAVRDOVÁ 2009).

Léčba maligního průběhu nemoci

Pro tento typ nemoci je typická vysoká zánětlivá aktivita a rychlý postup invalidity nemocného. U pacientů, u kterých selže léčebná odpověď na léky první volby (pulzy kortikosteroidů, pulzní cytostatická léčba, natalizumab, mitoxantron), je na místě zvážit a nabídnout pacientovi možnost experimentálního způsobu léčby – autologní transplantaci krevetvorných buněk. Jde o výkon, kdy se pacientovi odeberou jeho vlastní kmenové buňky, které se zamrazí. Poté je pacientovi intenzivní vysokou dávkou cytostatik vybit imunitní systém. Po zahubení imunitního systému kůrou cytostatik se pacientovi vrátí do organismu odebrané kmenové buňky, aby umožnily vývoj nového imunitního systému. Tato experimentální metoda jak již bylo zmíněno je vyhrazena pouze pro typ onemocnění, kdy v předchozí léčbě selhaly všechny běžně používané léčebné metody (HAVRDOVÁ et.al.; 2006).

Léčba symptomatická

Symptomatická léčba se týká kteréhokoli stádia nemoci. Mimo léků, které ovlivňují základní chorobný proces, máme i množství léků, které mají vlivný účinek na příznaky, obtěžující pacienty s RS.

Spasticita (zvýšené svalové napětí, tuhost) zhoršuje hybnost i denní činnosti pacientů s RS. Obtěžuje nemocného nejen omezením hybnosti, ale i bolestmi.

K léčbě spasticity užíváme centrální myorelaxancia – nejčastěji používaným lékem je baklofen (Baclofen). Dále používáme tizanidin (Sirdalud), tetrazepam (Myolastan). Všechny jmenované antispastika mají výhodu, že se mohou kombinovat mezi sebou k dosažení co nejlepšího účinku. U spasticity pouze v určité svalové skupině můžeme použít lokální aplikaci botulotoxinu. U pacientů s těžkou spasticitou především dolních končetin je možno zavést baklofenové pumpy.

Velmi důležitou součástí v léčbě spasticity je pohyb. Významnou roli má tak fyzioterapie.

Sfinkterové obtíže má v průběhu choroby přechodně alespoň 80% pacientů. Léčba je zajištěna urologem. Z řady léků nejčastěji užíváme spasmolitika, myorelaxancia, anticholinergika. V případě rezidua je indikována intermitentní autokatetrizace sterilními cévkami. V případě snížené kapacity močového měchýře můžeme provést augmentační urologický výkon.

Únava patří u 85% pacientů mezi nejvíce obtěžující příznak. Největší efekt na snížení a ovlivnění únavy má fyzický trénink. Je nutné, aby pacient zlepšoval svoji kondici pravidelným cvičením, která by se měla stát každodenní samozřejmostí.

Deprese je mnohdy přehlíženým příznakem RS, přitom depresí trpí až 50% pacientů. U pacientů se deprese může projevit únavou, apatií, poruchami spánku, hněvem a obavami. Nebo mohou mít pacienti pocit, že jsou-li nemocní, nemá v jejich životě nic smysl, a mají větší sklony k sebevražedným myšlenkám. Deprese tak musí být léčena psychoterapeuticky i farmakologicky. Nejvíce lze depresi ovlivnit podáváním antidepresiv typu SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu).

Sexuální problémy zde se nejčastěji můžeme potýkat s poruchami erekce, které se vyskytují až u 60% mužů. Tyto problémy snižují kvalitu života, proto je důležité neváhat a svěřit se odborníkovi – urologovi nebo sexuologovi, který určí vhodný typ léčby.

Třes lze léky ovlivnit jen minimálně. Ke zmírnění se používá klonazepam (Rivotril), který se může také použít v kombinaci s metipranololem (Trimepranol).

Bolest a parestezie se snažíme léčit klasickými antiepileptiky – karbamazepinem nebo gabapentinem (HAVRDOVÁ et.al.; 2006, HAVRDOVÁ 2009, NEVŠÍMALOVÁ et.al.; 2006)

Nedílnou součástí léčby roztroušené sklerózy je rehabilitace. Pravidelná fyzická kondice je absolutně zásadní pro pacienta, protože ovlivňuje kvalitu jeho života. S rehabilitací je nutno začít ihned po stanovení diagnózy RS. Na léčebném procesu RS se podílí celý tým odborníků hlavně z řad lékařů (neurolog, urolog, rehabilitační lékař). Tento tým odborníků, by měl zahrnovat rovněž fyzioterapeuta, psychologa, sexuologa, ergoterapeuta. Dále pomáhá logoped, sociální pracovník a v neposlední řadě samotná rodina pacienta. K rehabilitačním technikám patří běžné rozcvičky, polohování u imobilních pacientů, Kabotova metoda, cvičení podle Frenkela, hipoterapie (léčba jízdou na koni), autorehabilitační sestava, vodoléčba, masáže, elektroléčba a lázeňská léčba (HAVRDOVÁ et.al.; 2006)

2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s roztroušenou sklerózou

Pacienti s roztroušenou sklerózou bývají hospitalizováni na standardní jednotce neurologického oddělení, kdy po přeléčení odcházejí do domácí péče. Pacienti imobilní s podstatně sníženou soběstačností a pohyblivostí, kteří jsou upoutáni na lůžko či vozík jsou odkázáni na pomoc své rodiny v domácím prostředí nebo pomoc druhých v pečovatelských ústavech či léčebnách dlouhodobě nemocných.

Poloha, uložení pacienta a pohybový režim

Imobilní pacient se ukládá na lůžko opatřené postranními zábranami, pro vlastní bezpečnost a pro možnost změny polohy. Lůžko má být pohodlné, prostorné, vzdušné. Kolem lůžka je důležitý dostatečný manévrovací prostor. Pro imobilní pacienty je důležitá pomoc druhé osoby zejména při polohování. Polohování provádíme pravidelně každé 2 až 3 hodiny. K polohování používáme řadu polohovacích a antidekubitárních pomůcek (polštáře, klíny, molitanová kolečka). V poloze na boku podkládáme končetiny polštářkem, mezi kolena a paty vkládáme molitanová kolečka proti otlakům. V poloze na zádech podkládáme kolena válečkem. K lepší pohyblivosti a přesunům opatříme lůžko hrazdičkou nebo uzdičkou. Dále provádíme masáže ohrožené kůže a podkoží, odlehčujeme predilekční místa preventivními pomůckami. Kůži i lůžko udržujeme čisté a suché. Při inkontinenci moči i stolice vkládáme gumovou podložku pod prostěradlo.

Monitorace

Fyziologické funkce – TK, P, D, TT, stav vědomí. Příznaky onemocnění, laboratorní výsledky, invazivní vstupy, bilanci tekutin, stav kůže a prokrvení, účinky podávaných léků, psychický stav pacienta.

Osobní hygiena

Péči o osobní hygienu provádíme u pacientů podle jejich stupně závislosti a postižení. V rámci zachování co nejvyššího stupně soběstačnosti, necháme pacienta, aby si při hygieně, zajistil co nejvíce úkonů sám. Naši pomoc zajistíme jen pokud je to nutné, při doprovodu pacienta do koupelny, k nachystání pomůcek k hygieně.

Péči o hygienu u imobilních pacientů zajišťuje sestra. Imobilní pacient by měl být vykoupán alespoň jednou za týden, pokud to není možné musí být každý den omyt na lůžku. Nejvýhodnější a nejpříjemnější pro pacienty je sprchování. Po koupeli je vhodná masáž. K hygienické péči patří také péče o dutinu ústní a čištění zubů (dutinu ústní čistíme několikrát denně), péče o vlasy a nehty. Péče o čisté osobní a ložní prádlo, které měníme dle potřeby.

Ležící pacienti jsou více náchylní k některým kožním komplikacím, především pokud užívají delší dobu imunopresiva. Plísňové infekce se nejčastěji vytvářejí na vlhkých místech tedy v tříslech, podpaží, v záhybech pod prsy a břicho, v okolí genitálu, konečníku. Důsledná hygiena je prevencí i léčbou. Další komplikací jsou opruzeniny. Místo kde vzniká opruzenina je zarudlé, zduřelé, objevují se puchýřky. K vyléčení opruzenin používáme zasypy, krémy. Nejzávažnější komplikací u imobilních pacientů jsou dekubity. Důležitá je prevence, která spočívá v čistém upraveném lůžku, v čistém osobním prádle, v polohování, omývání kůže, promazávání kafrovou či mentolovou masťou, ochrannými oleji a krémy. Pokud dojde ke vzniku dekubitů je důležité informovat lékaře, který určí vhodné ošetření defektů granulačními a epitelizačními prostředky.

Vyprazdňování

U imobilních pacientů zajistíme vyprazdňování na lůžku za pomoci podložní mísy nebo močové láhve. Pokud je pacient inkontinentní používáme plenkové kalhotky nebo zavádíme permanentní močový katetr na základě rozhodnutí lékaře, který umožňuje zaznamenávat množství vyloučené moči. Nesmíme opomenout na pravidelné vyprazdňování stolice. U ležících pacientů se zpomaluje střevní peristaltika a může tak dojít k zácpě. Zácpě se snažíme předejít vhodnou stravou a pasivním pohybem na lůžku. Pokud nedojde ke spontánnímu vyprázdnění je nutné podat dle ordinace lékaře laxantiva nebo provést klyzma.

Výživa a hydratace

Důležitou úlohou sestry je zjistit jaké má pacient stravovací návyky. V případě špatných stravovacích návyků musí sestra pacienta upozornit na nevhodnost jeho stravování a pomoci mu naučit se správné životosprávě u jeho onemocnění. Základní rada pro pacienty postižené RS spočívá v dodržování zásad správné výživy.

Strava pacientů by měla být teplá, pravidelná, vyvážená a kaloricky přiměřená. Pacient má přijímat stravu hodnotnou na bílkoviny, s dostatkem čerstvé zeleniny a ovoce, s dostatkem minerálních solí a vitamínů. Také má jíst potraviny s obsahem vápníku a pít dostatek tekutin. Omezit by měl konzumaci živočišných tuků, sacharidů.

Nevhodné je dodržovat extrémní dietu bez porady s lékařem, která by mohla zhoršit pacientům zdravotní stav.

Při polykacích obtížích je důležitá prevence aspirace. Dáváme přednost pokrmům krájeným, mletým, kašovitým, tekutým. Tyto pokrmy podáváme po malých soustech po lžičkách ve zvýšené poloze vsedě nebo polosedě. Při pití tekutin volíme sklenku se slámkou. Nejvhodnější je podávat tekutiny častěji během celého dne, nikoli večer, z důvodu obtěžování nočního močení.

Spánek

Spánek přináší fyzický odpočinek a je potřebný i pro duševní regeneraci. Ve spánku také dochází k obnově rovnováhy jedince a organismus čerpá síly. Nedostatek spánku způsobuje únavu, snižuje odolnost a zvyšuje citlivost k subjektivním obtížím. Kvalitní spánek je pro pacienty s RS velmi důležitý. Poruchy spánku, nespavost nebo cokoli dalšího co ruší pacientův spánek by mělo být včas řešeno a odstraněno. Příčinou nespavosti může být časté močení v noci, bolesti, křeče v dolních končetinách, deprese, nebo nedostatek denních aktivit. Pokud se objeví problémy se spánkem je důležité, aby si pacient vytvořil nejprve spánkové návyky, než se uchýlí k lékům. K lepšímu spánku je důležité zajistit vhodné prostředí. Tichý, klidný, vyvětraný pokoj, kde by neměl být chlad ani horko. U imobilních pacientů je důležité zajistit vhodnou polohu.

Bolest

Dle hodnotící škály nejprve vyhodnotíme bolest, posoudíme příčinu, charakter, lokalizaci, nástup a trvání bolesti. Nejen my, ale i samotní pacienti by měli usilovat o předcházení bolesti. U pacientů se snažíme nejprve zvládat bolest bez podání medikamentů, zajištěním vhodné polohy, odvedením pozornosti, tichým a klidným prostředím. Až poté přistoupíme k podávání léků dle ordinace lékaře.

Psychosociální potřeby

U pacientů se snažíme navodit a zajistit pocit bezpečí a jistoty, pomocí taktivního empatického přístupu, vlídných slov, tichého prostředí a pohlázení. Dále pomáháme pacientům získat ztracené sebevědomí a uvědomění si vlastní ceny. Pacienti musí zůstat plnohodnotným a neopomíjeným člověkem. Do jisté míry se snažíme, aby byli chráněni před dopadem špatných zpráv a těžko řešitelných situací. Nesmíme zapomenout věnovat pozornost také rodinným příslušníkům a pečovateli, kteří mohou zažívat velký stres. Pokud kdokoli, ať už sám nemocný nebo člen rodiny přestane zvládat svou úlohu a situaci je nutné poskytnout nebo vyhledat odbornou pomoc.

Domácí péče

Pacienti by měli dodržovat zásady správné životosprávy. Dodržovat pravidelnou medikaci. Pravidelně docházet na kontroly k obvodnímu a neurologickému lékaři. Vyvarovat se stresovým situacím, předcházet infekcím. Udržovat si dobrou fyzickou kondici bez přetěžování. Měli by využít systému lázeňské léčby. Komplikovanější pacienti by měli být konzultováni v Centru pro RS (HAVRDOVÁ et.al.; 2006, LENSKÝ 2002).

3 Ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou

V této části bakalářské práce jsem zpracovala ošetrovatelský proces u pacienta s hlavní diagnózou roztroušená skleróza, u kterého jsem se podílela na ošetrování při jeho hospitalizaci.

K získání potřebných informací jsem využila zdravotnickou dokumentaci (sesterskou a lékařskou), anamnestický rozhovor s pacientem a vlastní pozorování.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: K.G

Datum narození: 1961

Pohlaví: mužské

Věk: 51

Vzdělání: vyučený

Zaměstnání: plný invalidní důchodce

Stav: ženatý

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 13.2.2012

Typ přijetí: plánované, dobrovolné

Oddělení: neurologické

Ošetřující lékař: MUDr. J.K

Důvod přijetí udávaný pacientem: zvýšená únava, horší výkonnost, horší chůze, při močení horší vyprazdňování močového měchýře, občas křeče obou rukou

Medicínská diagnóza hlavní: G35 Roztroušená skleróza mozkomíšní, relabující-remitentní forma, centrální paraparéza DKK, zvl. LDK, oboustranná neocerebellární a paleocerebellární symptomatika se spinální složkou, neurogení vesica. EDDS 6,5.

Medicínské diagnózy vedlejší: Anxiosní syndrom v terapii

Arteriální hypertenze v terapii, kompenzovaná

Chron. VAS C, LS páteře

Hyperlipoproteinémie

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 150/90	Výška: 180 cm
P: 73/min.	Hmotnost: 93 kg
D: 23/min.	BMI: 28,70
TT: 36,8 °C	Pohyblivost: omezená
Stav vědomí: orientovaný, při vědomí	Krevní skupina: B+

Nynější onemocnění: pacient přijatý plánovaně na doporučení MUDr. V.S. k infuzní léčbě Solu-Medrolem. Pacient sledován u dr. V.S. pro RS od roku 2005, první příznaky v roce 2002. Pacient přichází pro limitující únavu. Chůze horší pro slabost obou DKK, více vlevo. S přestávkami ujde asi 500m s pomocí 1 FH. Udává občasné křeče dorza obou rukou.

Informační zdroje: dokumentace, pacient, lékař, ošetřující personál, rodina.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: 76 let – diabetes mellitus, stp. operaci štítné žlázy

Otec: 78 let – gonarthosa

Sourozenci: sestra, bratr – dosud oba zdraví

Děti: syn zdravý, dcera – vlevo potíže s kyčlí. Léčeno jako Paget. Bez výskytu RS.

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění: v dětství – zápal plic

Hospitalizace a operace: 0

Úrazy: stp. autonehodě (kolem 1980) s naražením žeber a zad

Transfúze: žádné

Očkování: běžná dětská očkování, od zjištění nemoci neočkován

Alergologická anamnéza

Léky: PNC, COPAXONE

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: pyly – sezónní výskyt

Abúzy

Alkohol: abstinent

Kouření: nekuřák

Káva: 1x denně černá

Léky: žádná závislost

Jiné drogy: neguje

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění: infekce močových cest

Poslední návštěva u urologa: neví přesně den, zhruba před dvěma týdny

Samovyšetření varlat: neprovádí

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Apo-cital	TBL	20 mg	1-0-0	antidepresivum
Apo-atenolol	TBL	100 mg	1-0-0	hypotenzivum
Aulin	TBL	100mg	1-0-1	antiflogistikum
Baclofen	TBL	10 mg	½-0-1	myorelaxancium
Helicid	TBL	20 mg	1-0-1	antacidum
Medrol	TBL	4 mg	1-0-0	hormon (léčiva s hormonální aktivitou)
Medrol	TBL	16 mg	½-0-0	hormon
Pirabene	TBL	1200 mg	1-0-0	psychostimulancium
Prestarium Neo Forte	TBL	5mg	1-0-0	hypotenzivum
Tanyz	TBL	0,4 mg	0-0-1	urologikum
Zolpidem	TBL	10 mg	na noc	hypnotikum
Rebif	INJ	22J	3x krát týdně po,st,pá	imunostimulanci, interferony

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: rodinný dům 4 + 1, bezbariérový

Vztahy, role, a interakce v rodině i mimo ni: žije s manželkou a dcerou v rodinném domě, bez konfliktů či jiných obtíží. Syn bydlí se svojí rodinou, navštěvují se. Vztahy v rodině jsou velmi dobré. Vztahy mimo rodinu jsou také dobré. Má hodně kamarádů, se všemi vychází dobře, nemá s nikým žádné problémy. Pacient je klidný, nekonfliktivní povahy. Konfliktům se vyhýbá, pokud přesto k nějakému dojde, snaží se ho vyřešit klidně.

Záliby: rybaření

Volnočasové aktivity: rybaření, vnuk, pes

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučen truhlářem

Pracovní zařazení: nyní invalidní důchodce, předtím vedoucí výroby na stolárně

Ekonomické podmínky: invalidní důchodce

Spirituální anamnéza

Pacient je věřící. Do kostela nechodí ani se nemodlí. Hodnotou v jeho životě je rodina.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 14. 2. 2012

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Občas mě bolívá hlava a krční páteř“.	Hlava pokleповě nebolestivá. Bez deformit, bez známek zevního traumatu. Tvář: oči – bulby ve středním postavení, volně hybné všemi směry, bez dyplopie, bez nystagmu, zornice izokorické, skléry bílé, spojivky růžové, bez zánětu. Nos: bez deformit a výpotku, průchodný. Uši: bez výtoků, slyší dobře. Dutina ústní: bez patologií, chrup vlastní, zdravý. Jazyk vlhký bez povlaku a poranění, plazí středem. Zápach z úst nepřítomný. Sliznice vlhké, růžové. Čítí na obličejí neporušeno. Krk: souměrný, pulzace karotid symetricky hmatná. Šíje volná. Lymfatické uzliny ani štítná žláza nezvětšené.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře, nemám žádné problémy“.	Hrudník symetrický bez deformit. Prsa bez patologických změn. Počet dechů: 23/minutu, pravidelné.
Srdcovo-cévní systém	„Nemám žádné potíže“.	Srdeční akce pravidelná, frekvence 71/minutu. Krevní tlak 150/90 torrů. Puls dobře hmatný. Pulsace na dolních končetinách dobře hmatná. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. Intravenózní kanylá zavedená 13. 2. na periferii levé horní končetiny.

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí, vyprazdňuji se pravidelně“.	Břicho měkké, prohmatné na dotyk nebolestivé. Peristaltika přítomná. Kůže břicha bez krvácivých projevů či ikteru.
Močovo-pohlavní systém	„Mám problémy s močením, močím velmi často, někdy mám pocit nevyprázdněného močového měchýře“.	Genitál mužský, při močení polakisurie, urgentní mikce, bez inkontinence.
Kostrovo-svalový systém	„Chodím o francouzských holích, ujdu maximálně 500 metrů a musím si odpočinout. Mívám často křeče v rukách i nohách“.	HKK: nepravidelný jemný třes horních končetin, horší se při výdrži. Levostranná taktilní hypestezie. Taxe nepřesná bilaterální. Pasivní i aktivní hybnost horních končetin v normě. DKK: levostranná taktilní hypestezie. Taxe nepřesná bilaterální. Sed: jistý. Bez kolísání, vrávorání a pádu. Stoj a chůze: stoj s tahem dopředu. Chůze spasticko-ataktická o 1 francouzské holi. Dolní končetiny bez otoků a známek TEN. Klouby bez patologie. Kosterní aparát bez deformit. Celkově pacient roztřesený.

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Nervovo-smyslový systém	„Nosím brýle, ale jen na čtení“.	Při vědomí, spolupracuje, klidný. Orientován všemi směry. Staropaměť i novopaměť bez problémů. Čich a sluch bez patologie. Zrak přiměřený, brýle nosí pouze na čtení. Levostranná taktilní hypestezie na dolních i horních končetinách.
Endokrinní systém	„Cukrovku ani problémy se štítnou žlázou nemám“.	Štítná žláza nezvětšená a nebolestivá. Jiné projevy hormonálních poruch nejsou přítomny.
Imunologický systém	„Jsem náchylný k infekcím, mám oslabenou imunitu. Snažím se vyhýbat virózám a nachlazení“.	Infekty horních a dolních dýchacích cest jsou velmi časté. Lymfatické uzliny nezvětšené. TT: 36,8°C
Kůže a její adnexa	„Občas se mi na rukách vyrazí červené pupínky. Dostal jsem na to mast na kožním, ale nevím jak se jmenuje“.	Kůže normální, barva přirozená. Kožní turgor bez známek dehydratace. Bez přítomnosti kožních lézí. Bez chybění části těla. Vlasy a nehty krátké, čisté a upravené. Stav kůže, ochlupení, vlasů a nehtů odpovídá věku pacienta.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Nedodržuji žádnou speciální dietu. Snažím se jíst pravidelně, většinou 5x denně, 3 hlavní jídla (snídaně, oběd, večeře) a 2 svačiny, všech menších porcích“.	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Dodržuji a jím stravu, kterou dostanu. Jídlo v nemocnici mi chutná, nemám s ním žádné problémy“.	Klient váží 93 kg při výšce 180 cm, BMI je 28,70 (mírná nadváha, která lehce zvyšuje zdravotní rizika). Dieta 3 – výživa racionální. Chuť k jídlu má pacient stále stejnou, nijak se v nemocnici nezměnila. Pacient přijímá stravu samostatně.
Příjem tekutin	Doma	„Piju 2,5 až 3 l tekutin denně. Každý den piji černou kávu“.	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Piju stejné množství tekutin jako doma, a dám si i tu kávu“.	Denní příjem tekutin 2 litry a více. Pije převážně neslazené minerální vody. Každý den pije hrnek černé kávy. Pacient přijímá tekutiny samostatně.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vylučování moče	Doma	„Mám problémy s močením, močím velmi často, někdy mám pocit nevyprázdněného močového měchýře.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Je to stejné jako doma, chodím velmi často močit“.	Pacient má potíže s močením – urgentní mikce. Barva, vzhled a zápach moči je fyziologický. Pacient přes den chodí na WC, v noci se vyprazdňuje do močové láhve.
Vylučování stolice	Doma	„Problémy s vyprazdňováním stolice nemám, chodím pravidelně každý den“.	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Chodím ob den“.	Pacient nemá potíže při defekaci. Vyprazdňování stolice je fyziologické, bez krve a jiných patofyziologických příměsí. Frekvence vyprazdňování stolice je pravidelná. Průjmem ani zácpou pacient netrpí. Poslední vyprázdnění stolice 13. 2. 2012.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„Mám problémy se spánkem, několikrát za noc se budím. Vstávám okolo 7 až 8 hodiny ranní, spát chodím mezi 22 až 23 hodinou. Užívám léky na spaní – Zolpidem“.	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Nespím.“	Pacient má problémy se spánkem v cizím prostředí. Dle ordinace lékaře jsou pacientovi podávány léky na spaní (Zolpidem). Spánek je u pacienta nekvalitní, rušený častým močením a také nemocničním prostředím.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Odpočívám hodně. Jsem velmi často unavený. Pokud se cítím dobře, chodím rybařit.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Snažím se cvičit a chodit. Dlouhé chvíle si zkracuji čtením, posloucháním rádia. Přes den se snažím zabavit nějakou činností, abych nespal“.	Během dne navštěvují pacienta příbuzní a přátelé. Pacient je v rámci svých možností soběstačný. Pohybuje se po pokoji i chodbě o 1 FH.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hygiena	Doma	„Zvládám hygienu sám.“	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Snažím se hygienu zvládnout sám“.	Při hygieně je pacient soběstačný. Pouze mírná kontrola ve sprše personálem.
Samostatnost	Doma	„Snažím se být samostatný“.	Nelze hodnotit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Snažím se být samostatný, ale teď když mi není dobře, si uvědomuji svoji tělesnou bezmocnost. Sestřičky mi většinou vše nosí k lůžku“.	Pacient je v rámci lůžka a pokoje soběstačný.

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Nedokážu se vyjádřit.“	Lucidní.
Orientace		„Myslím si, že jsem orientovaný“.	Pacient je správně orientovaný místem, časem, osobou i situací.
Nálada		„Mám obavy ze zhoršování svého stavu, teď není moc dobrá“.	Pacient verbalizuje obavy z dalšího vývoje svého zdravotního stavu.
Paměť	Staropaměť	„Vše co bylo dříve si velmi dobře pamatuji“.	Bez výbavných poruch. Pacient si vše pamatuje z dávné minulosti. Výbavnost velmi dobrá.
	Novopaměť	„Taktéž si vše pamatuji“.	Pacient si vše pamatuje ze současnosti. Výbavnost velmi dobrá.
Myšlení		„Myslím si, že moje myšlení je v pořádku“.	Pacient chápe myšlenky a otázky. Slovní vyjadřování mu nedělá žádné problémy. Jeho řeč je plynulá. Pozornost dobrá, nic ho neodvádí od pozornosti. Myšlení – logické.
Temperament		„Jsem výbušné povahy“.	Cholerik.
Sebehodnocení		„Nevím co Vám mám na to říct“.	Pacient se nedokázal vyjádřit k této otázce. Nedovede sám sebe ohodnotit.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vnímání zdraví	„Postupně jsem si zvykl na svůj zdravotní stav“.	Pacient akceptuje svoji nemoc.
Vnímání zdravotního stavu	„Bojím se, aby se můj zdravotní stav nezhoršil“.	Pacient verbalizuje obavy z možného zhoršení svého zdravotního stavu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Mám svého psychiatra, beru léky“.	Pacient s pomocí psychiatra zvládá svoji nemoc.
Reakce na hospitalizaci	„Nejsem tady rád. Chci ale, aby se můj zdravotní stav zlepšil, proto tu musím zůstat“.	Pacienta netěší, že je hospitalizovaný, ale chápe nutnost pobytu v nemocnici.
Adaptace na onemocnění	„Už jsem Vám všechno řekl. Musel jsem si zvyknout na život s touto nemocí, ale nebylo to vůbec lehké, hlavně ze začátku. Musel jsem požádat o pomoc i lékaře. Mám strach ze zhoršování mého zdravotního stavu. Největší strach mám, že zůstanu upoutaný na invalidní vozík, nebudu žít společenským životem a nebudu mít kolem sebe lidi“.	Pro pacienta bylo velmi těžké smířit se s onemocněním, které ho postihlo, ale postupně si zvyknul. Požádal o pomoc psychiatra. Se svým momentálním zdravotním stavem není spokojen.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Mám velký strach z budoucnosti. Obavy, že zůstanu na vozíku“.	Pacient verbalizuje obavy z následného pokračování jeho nemoci.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	„Byl jsem několikrát v nemocnici, zkušenosti mám dobré“.	Pacient má z předcházejících hospitalizací dobré zkušenosti.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Komunikace mi problémy nedělá“.	Řeč normální, plynulá. Slovní vyjádření nedělá pacientovi žádné problémy. Úroveň slovní zásoby: dobrá.
	Neverbální	„Nevím, co na to říct“.	Pacient udržuje po celou dobu oční kontakt. Působí klidně. Je čistý a upravený.
Informovanost	O onemocnění	„Jsem dostatečně informovaný o své nemoci od paní doktorky z RS centra. Mám přečtených spoustu knížek a informativních brožurek“.	Pacient je plně a dostatečně informovaný o své nemoci od svého neurologického lékaře.
	O diagnost. metodách	„Jsem informovaný od lékaře.“	Pacient je dostatečně informovaný od lékaře.
	O léčbě a dietě	„Taktéž jsem informovaný. Víím, že budu dostávat kapačky“.	Pacient je dostatečně informovaný od lékaře.
	O délce hospitalizace	„Jsem informovaný od lékaře.“	Pacient je dostatečně informovaný od lékaře.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Mám obavy z nenaplněné role manžela“.	50-ti letý muž – manžel, sociální role ovlivněna aktuálním zhoršením zdravotního stavu.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Cítím od rodiny, že jsem důležitým členem rodiny“.	Otec, bratr, dědeček – role momentálně naplněné jen částečně.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Snažím se dělat co mě baví, ale mám strach z toho jak to bude dál“.	Pacient má obavu z nemožnosti naplnění rolí.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

51 letý pacient přijatý plánově k hospitalizaci na neurologické oddělení na doporučení lékaře V.S. k infuzní léčbě Solu-Medrolem. Pacient je sledovaný v ambulanci u dr. V.S. s remitentně relabující formou RS od roku 2005. První příznaky se u pacienta objevily v roce 2002. Pacient se účastnil klinické studie. Po Copaxonu inj. flash, hospitalizován na JIP neurol. kliniky. Poté pacient medikoval Avonex inj. (od 2007 do 2009), nyní medikuje Rebif 22J 3x/týden. Pacient odeslán k následné hospitalizaci pro limitující únavu, zhoršení chůze z důvodu slabosti obou dolních končetin, více vlevo. S přestávkami ujde pacient asi 500 metrů s pomocí jedné FH. Pacient dále udává občasné křeče dorza obou rukou. Druhý den hospitalizace podána pacientovi infuze do zavedené intravenózní kanyly na periferii levé horní končetiny, bez komplikací. Kontrolován krevní tlak 145/90, puls pravidelný, dobře hmatný o frekvenci 72/minutu. Počet dechů 22/minutu. Tělesná teplota je 36,8°C. Pohyblivost pacienta v rámci lůžka a pokoje dobrá. Hygienickou péči vykonává pacient sám ve sprše pod mírným dohledem zdravotnické personálu. Přes den se pacient vyprazdňuje na WC, v noci močí do močové láhve. Pacient má nekvalitní spánek, rušený častým močením a nemocničním prostředím. Pacient je komunikativní, spolupracuje. Má strach a obavy z dalšího pokračování průběhu své nemoci. Pacient nevykazuje žádný deficit ve vědomostech o svém onemocnění.

Stanovení sesterských diagnóz ze dne 14. 2. 2012 a jejich uspořádání podle priorit:

Seznam aktuálních sesterských diagnóz:

1. Chůze porušená z důvodu základního onemocnění RS, projevující se slabostí obou dolních končetin, neschopností ujít delší trasu než 500 m pomocí francouzské hole.
2. Únava z důvodu základního onemocnění RS, projevující se sníženou výkonností, zvýšenou potřebou odpočinku.
3. Spánek porušený z důvodu častého močení v noci a hospitalizace v nemocnici, projevující se vyčerpáním, neodpočatostí, slovními stesky.
4. Úzkost z důvodu podstatné změny zdravotního stavu, projevující se verbalizací obav a nejistotou.
5. Strach z dalšího vývoje onemocnění z důvodu aktuálního stavu nemocného, projevující se verbalizací, skleslou náladou, celkovým napětím nemocného.
6. Narušená celistvost kůže z důvodu invazivního vstupu.

Seznam potencionálních sesterských diagnóz:

1. Riziko vzniku úrazu z důvodu slabosti dolních končetin.
2. Riziko infekce z důvodu zavedení intravenózní kanyly.
3. Riziko přetížení pečovatele z důvodu závažnosti nemoci.

**1. Chůze porušená z důvodu základního onemocnění RS projevující se slabostí
obou dolních končetin, neschopností ujít delší trasu než 500 m pomocí
francouzské hole**

Cíl: Pacient bude schopen chůze dle potřeby/přání bez omezení nebo s pomůckami

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient pocítuje zlepšení chůze do 5 dnů
- pacient zná nutnost pravidelného cvičení do 3 hodin

Plán intervencí:

Zhodnot' rozsah postižení tělesné hybnosti / sestra.

Posud' míru schopnosti pohybu pacienta / sestra.

Zjistí jaké pomůcky pacient používá k pohybu / sestra.

Pouč pacienta o nutnosti pravidelného cvičení / sestra.

Dběj na bezpečnost, věnuj pozornost prostředí a prevenci pádu / sestra.

Realizace:

Zhodnotila jsem rozsah postižení tělesné hybnosti – pacient je schopný samostatného pohybu v rámci lůžka a pokoje. K chůzi na delší vzdálenost pacient potřebuje francouzskou hůl.

K pohybu pacient využíval francouzskou hůl.

Pacient edukován o nutnosti pravidelného cvičení.

Pacienta edukován o prevenci pádu.

Při chůzi pacienta jsem dbala na jeho bezpečnost a prevenci pádu.

Hodnocení:

Pacient se samostatně pohybuje v rámci lůžka a pokoje.

Pacient pravidelně cvičí.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných aktivitách je třeba dále pokračovat.

2. Únava z důvodu základního onemocnění RS, projevující se sníženou výkonností, zvýšenou potřebou odpočinku

Cíl: Zmírnění únavy

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

pacient se cítí odpočatý, má více energie do 3 dnů

- pacient zná příčinu jeho únavy do 1 hodiny
- pacient provádí účinná opatření proti únavě do 2 hodin
- pacient se účastní léčebného programu po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

Akceptuj pacientovu stížnost na únavu, nepodceňuj situaci / sestra.

Sleduj rozložení energie během dne (vrcholy, minima), dle toho načasuj aktivity / sestra.

V rozvrhu dne nezapomeň na odpočinek, aktivitu zařaď do fáze dne, kdy má pacient nejvíc energie / sestra.

Povzbuzuj pacienta k tomu, aby prováděl vše sám / sestra.

Prodiskutuj s pacientem změny životního stylu v důsledku únavy / sestra.

Doporuč pacientovi celková zdravotní opatření (strava, tekutiny, doplňky výživy, pohyb, odpočinek) / sestra.

Zaměř se na zlepšení kvality spánku / sestra.

Realizace:

Vyslechla jsem pacientovi stesky na únavu.

Monitorovala jsem nejvyšší a nejnižší energie v průběhu celého dne.

Zaměřila jsem se na zlepšení spánku.

Pacientovi jsem doporučila zdravotní opatření.

Hodnocení:

U pacienta došlo ke zmírnění únavy jen částečně.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných aktivitách je třeba pokračovat.

3. Spánek porušený z důvodu častého močení v noci a nemocničního prostředí, projevující se vyčerpáním, neodpočatostí, slovními stesky

Cíl: Zlepšení spánku

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient verbalizuje zlepšení spánku do 3 dnů
- pacient verbalizuje zlepšení celkové pohody a odpočatosti do 5 dnů
- pacient zná způsoby zlepšení spánku do 3 hodin

Plán intervencí:

Zjistí přítomnost faktorů přispívajících k nespavosti / sestra.

Zjistí od pacienta kdy obvykle chodí spát, jaké návyky před spaním provádí, kolik hodin denně spí / sestra.

Postarej se o klidné prostředí a přiměřený komfort před spaním / sestra.

Vyzkoušej různé způsoby jak spánek zlepšit (poslech rádia, čtení knihy) / sestra.

Zeptej se na okolnosti, které spánek ruší / sestra.

Pobízej pacienta k pravidelné činnosti během dne / sestra.

Doporuč omezit příjem tekutin večer, aby klesla potřeba močení v noci / sestra.

Dle ordinace lékaře podávej léky na spaní. Sleduj jejich účinek / sestra.

Realizace:

Zjistila jsem faktory a okolnosti, které ovlivňují pacientův spánek.

Zjistila jsem spánkové rituály pacienta.

Postarala jsem se o klidné prostředí před spaním.

Doporučila jsem pacientovi omezit večerní příjem tekutin.

Doporučila jsem pacientovi, aby se věnoval co nejvíce činnostem během dne a nepospával.

21:00 dle ordinace lékaře jsem podávala léky na spaní a sledovala jejich účinek.

Hodnocení:

Pacient omezil příjem tekutin večer.

Pacient před spaním provádí své spánkové návyky, čte knihu nebo poslouchá rádio.

Dle ordinace lékaře přijímá ordinované léky.

Pacient po třech dnech verbalizuje zlepšení spánku.

Cíl byl splněn.

Celkové hodnocení ze dne 17. 2. 2012 – pátý den hospitalizace

Pacient s roztroušenou sklerózou přijatý k infuzní kortikoidní terapii dne 13. 2. 2012. Během hospitalizace aplikováno 5g Solu-Medrolu s efektem. Pacient udává celkové zlepšení, větší stabilitu při chůzi. Průběh hospitalizace bez komplikací. Hospitalizaci pacient snášel dobře a spolupracoval na vybraných intervencích. Pacient je plně seznámen se svým onemocněním, ví co zahrnuje komplexní léčebná péče. Vzhledem k pacientově diagnóze se některé problémy nedají odstranit. Pacient se snaží být co nejvíce nezávislý ve všech oblastech . Pacient hodnotí celou ošetrovatelskou péči v nemocnici kladně.

4 Doporučení pro praxi

Dlouhodobá, vleklá nemoc jakou je roztroušená skleróza, se snaží svést nemocného jedince stále více svým směrem, ovlivňuje ho kolísáním mezi strachem a nadějí. Proto by měla být problematika péče u pacientů s roztroušenou sklerózou komplexní. Měla by zahrnovat pomoc funkční rodiny, která pacientovi pomáhá a povzbuzuje ho. Důležitá je také podpora zdravotníků. Edukací a motivací se snažíme pacientům vysvětlit podstatu jejich nemoci a přesvědčit je o aktivní účasti na terapeutických postupech a doporučeních. Také samotný pacient by se měl vést k tomu, aby se o sebe dokázal postarat co nejdéle sám. Zahájením včasné léčby a pravidelně vedenou rehabilitací mohou do jisté míry příznaky zlepšit.

Všeobecná doporučení

Doporučení pro pacienta:

- Přizpůsobit a dodržovat přiměřený denní režim, naplánování většiny aktivit podle své individuální kondice.
- Vyhnout se nadměrné námaze, vyčerpání, konfliktům, psychickým rozrušením.
- Nikdy nepodceňovat únavu, nepřemáhat ji.
- Dodržovat zásady správné životosprávy.
- Věnovat pozornost psychickému stavu, důležitý je kvalitní spánek, cítit se dobře.
- Být aktivní a udržovat si dobrou náladu.
- Nebát se hledat podporu v rodině, u přátel nebo psychologa.
- Navázat kontakt s lidmi se stejným onemocněním.
- Zkontaktovat se s patientskou organizací Unie ROSKA.
- Naučit se i přes své onemocnění pozitivnímu vztahu k aktivnímu životu.
- Nejdůležitější je neuzavírat se do ulity svých problémů a potíží, ale poznat a najít cestu, že i s RS můžete smysluplně a hodnotně žít.

Doporučení pro rodinu:

- V žádném případě nevyřazovat pacienta ze společenského života.
- Udržovat pravidelné přátelské kontakty v rámci rodiny, pracovního prostředí nebo jiného kolektivu.

- Podporovat soběstačnost pacienta.
- Podpora, aby pacient cítil, že je stále plnohodnotným a důležitým členem rodiny.
- Poskytnout oporu, pozitivně motivovat, chválit.
- Nepřetěžovat pacienta.
- Podle možností upravit domov, prostředí na bezpečné a přístupné.

Doporučení pro zdravotníky:

- Jako profesionálové pomáhat pacientům s RS žít.
- Poskytovat pacientům praktické rady a být jim oporou.
- Pomocť pacientovi naučit, dívat se na své onemocnění ze správného pohledu.
- Být dobrými partnery, snaha o získání důvěry.
- Motivovat a podporovat pacienta.
- Edukovat pacienta, rodinu o novinkách.
- Pomáhat pacientům i jejich rodinám, vyrovnat se se stresem, který onemocnění přináší.
- Pomocť poskytnout nebo vyhledat odbornou pomoc a zachránit vztahy jestliže pacient, partner či pečovatel přestane zvládat svoji úlohu (HAVRDOVÁ et.al.; 2006).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou onemocnění roztroušená skleróza. Tomuto tématu je v posledních desetiletích věnována zvýšená pozornost. Pro stoupající nemocnost a neovlivnitelný nástup se roztroušená skleróza stala velmi aktuálním tématem zkoumaným mnoha odborníky i širokou veřejností.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit co nejvíce informací o roztroušené skleróze.

V teoretické části jsem se zabývala příčinami, projevy, diagnostikou, léčbou tohoto onemocnění a specifiky ošetrovatelského péče u nemocných s tímto onemocněním.

V praktické části bylo cílem demonstrovat ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou. U konkrétního pacienta jsem zpracovala ošetrovatelský proces, zhodnotila jsem informace o pacientovi a na základě toho jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Oba cíle se podařilo splnit.

Bakalářská práce byla napsána jako možný zdroj ucelených informací pro nemocné a jejich rodiny, studenty zdravotnických škol, zdravotnické a sociální pracovníky.

Čas strávený nad touto prací a s těmito nemocnými lidmi, mi dal hodně zkušeností a nových poznatků. Až v takovém případě si uvědomíme, že většina problémů, které člověka trápí, jsou jen malichernosti oproti tomu jak žijí a co prožívají nemocní lidé a jejich rodiny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

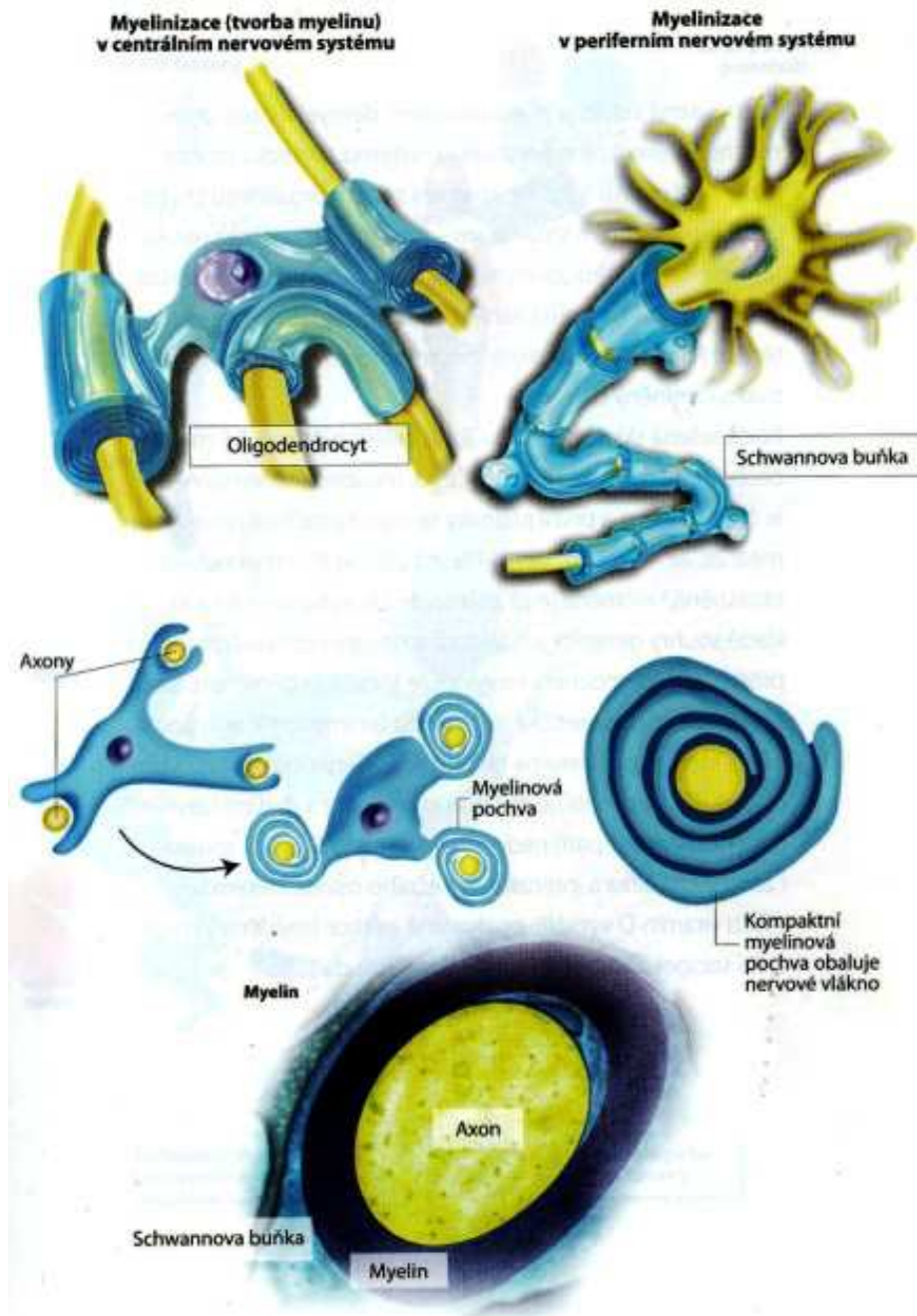
1. AMBLER, Z. a kol. 2004. *Klinická neurologie I část obecná*. 1. vyd. Praha : Triton, 2004. 975 s. ISBN 80-7254-556-6.
2. BEDNAŘÍK, J. a kol. 2010. *Klinická neurologie část speciální I*. Praha : Triton, 2010. 1430 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
3. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. HAVRDOVÁ, E. a kol. 2006. *Je roztroušená skleróza váš problém?: průvodce pro lidi S RS, jejich rodiny a ty, kdo se jim věnují*. 2. doplněné, přepracované vyd. Svazek 4. Praha : Unie Roska – česká MS společnost, 2006. 192 s. ISBN neuvedeno
5. HAVRDOVÁ, E. a kol. 2001. *Neuroimunologie*. Praha : MAXDORF, 2001. 451 s. ISBN 80-85912-24-4.
6. HAVRDOVÁ, E. a kol. 2002. *Roztroušená skleróza*. Praha : Triton, 2002. 110 s. ISBN 80-7254-280-X.
7. HAVRDOVÁ, EVA. 2009. *Roztroušená skleróza*. 2. rozšířené vyd. Praha : MAXDORF, 2009. 96 s. ISBN 978-80-7345-187-5.
8. HAVRDOVÁ, EVA. 2009. *Roztroušená skleróza: Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha : MAXDORF, 2009a. 96 s. ISBN 978-80-7345-187-5.
9. JEDLIČKA, P.; KELLER, O. et. al 2005. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 424 s. ISBN 80-7262-312-5.
10. KOLÁŘ, P. a kol. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
11. LENSKÝ, PETR. 2002. *Roztroušená skleróza – strategie přístupu k chronické nemoci*. Svazek 6. Praha : Unie Roska – česká MS společnost, 2002. 182 s. ISBN neuvedeno
12. LÉPORI, LUIS RAÚL. 2011. *Roztroušená skleróza*. Do angl. jazyka přel. Carolyna Fryd. Do českého jazyka přel. Krasulová Eva. MEDICAL TRIBUNE CZ. 2011. 42 s. ISBN 978-987-654-458-0.

13. MLČOCH, ZBYNĚK. 2008. *Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS), demyelinizace - příznaky, léčba, recidivy*. [online]. [cit. 2012- 03- 21]. Dostupné na WWW: <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/roztrousena-skleroza-mozkomisni-rs-demyelinizace-priznaky-lecba-recidivy>>
14. MUMENTHALER, M. a kol. 2005. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Z německého originálu přeložil Kazil Petr. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, 2008, 376 s. ISBN 978-247-2298-6.
15. MYSLIVEČEK, J. a kol. 2009. *Základy neurověd*. 2. vyd. Praha : TRITON, 2009. 390 s. ISBN 978-80-7387-088-1.
16. NEVŠÍMALOVÁ, S. a kol. *Neurologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.
17. PFEIFFER, JAN. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
18. ROPPER, Allan H.; BROWN, Robert H. 2005. *Adams and Victor's Principles of neurology*. Eight Edition. United States of America : McGraw-Hill, 1382 s. ISBN 0-07-141620-X
19. ŘÁSOVÁ, KAMILA. 2007. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu)*. 1.vyd. Praha : Ceros. 2007. 137 s. ISBN 978-80-239-9300-4.
20. SEIDL, Zdeněk; VANĚČKOVÁ, Manuela. 2007. *Magnetická rezonance hlavy, mozku a páteře*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 320 s. ISBN 978-80-247-1106-5.
21. SCHWARZ, SHELLEY PETERMAN. 2006. *Roztroušená skleróza, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Z angl. orig. přel. Lucie Hranická. Praha : Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2345-7.
22. SVOBODOVÁ, Marie; KOMBERCOVÁ, Jana. 2001. *Autorehabilitační sestava pro osoby s roztroušenou sklerózou a podobnými obtížemi*. Svazek 5. Praha : Unie Roska – česká MS společnost, 2001. 218 s.
23. VANĚČKOVÁ, Manuela; SEIDL, Zdeněk. 2010. *Magnetická rezonance a roztroušená skleróza mozkomíšní*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2010. 148 s. ISBN 978-80-204-2182-1.

SEZNAM PŘÍLOH

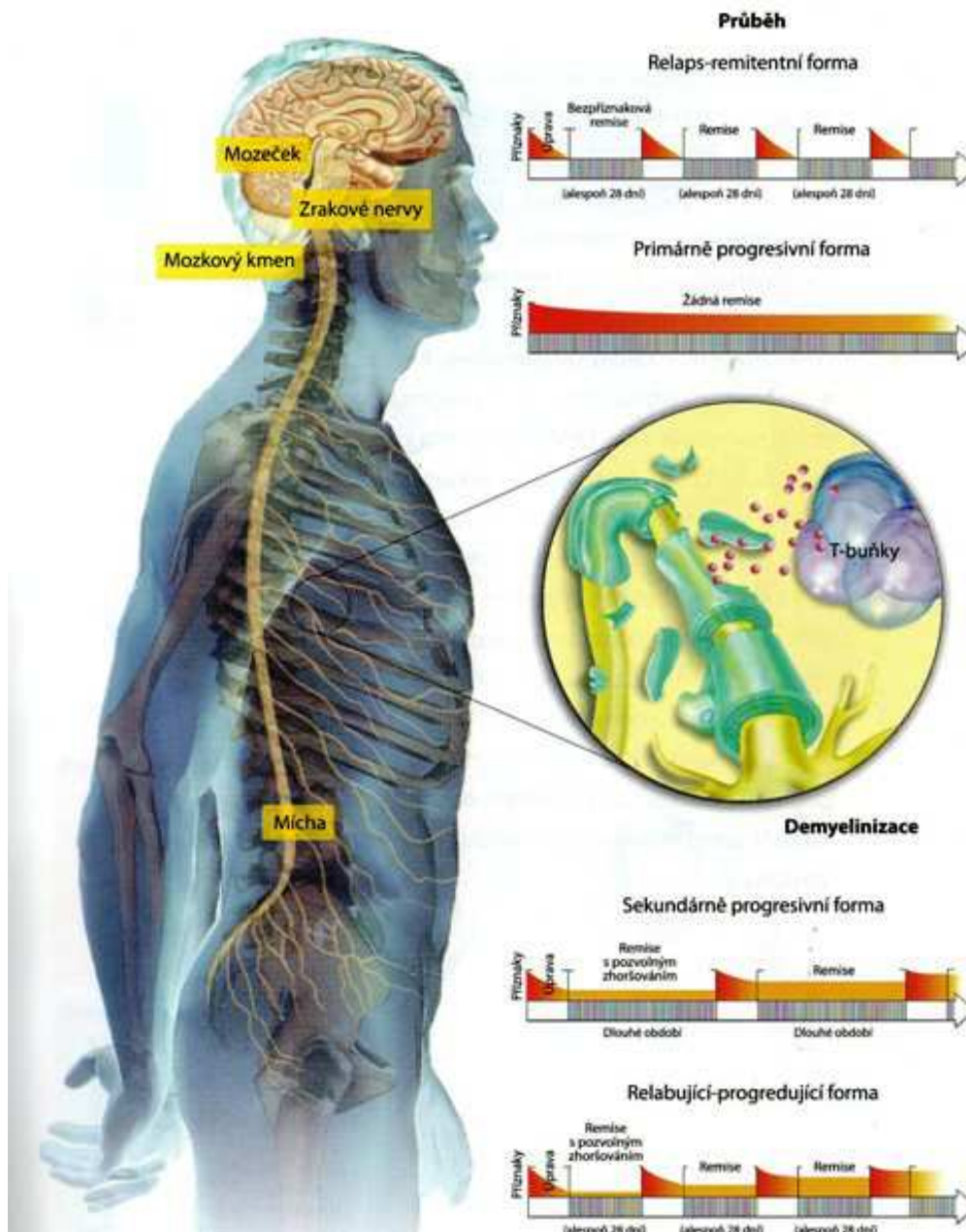
Příloha A – Tvorba a struktura myelinu	I
Příloha B – Klinický průběh roztroušené sklerózy	II
Příloha C – Klinické projevy roztroušené sklerózy	III
Příloha D – Diagnóza	IV
Příloha E – Magnetická rezonance a evokované potenciály	V
Příloha F – Vyšetření mozkomíšního moku	VI
Příloha G – Interferon β v léčbě roztroušené sklerózy	VII
Příloha H – Světový výskyt RS – mimo Evropu (prevalence: počet RS na 100 000 obyvatel)	VIII
Příloha CH – Výskyt RS v Evropě (prevalence: počet RS na 100 000 obyvatel)	IX
Příloha I – Kurtzkeho škála postižení hybnosti (EDDS)	X
Příloha J – RS centra v České republice	XI

Příloha A – Tvorba a struktura myelinu



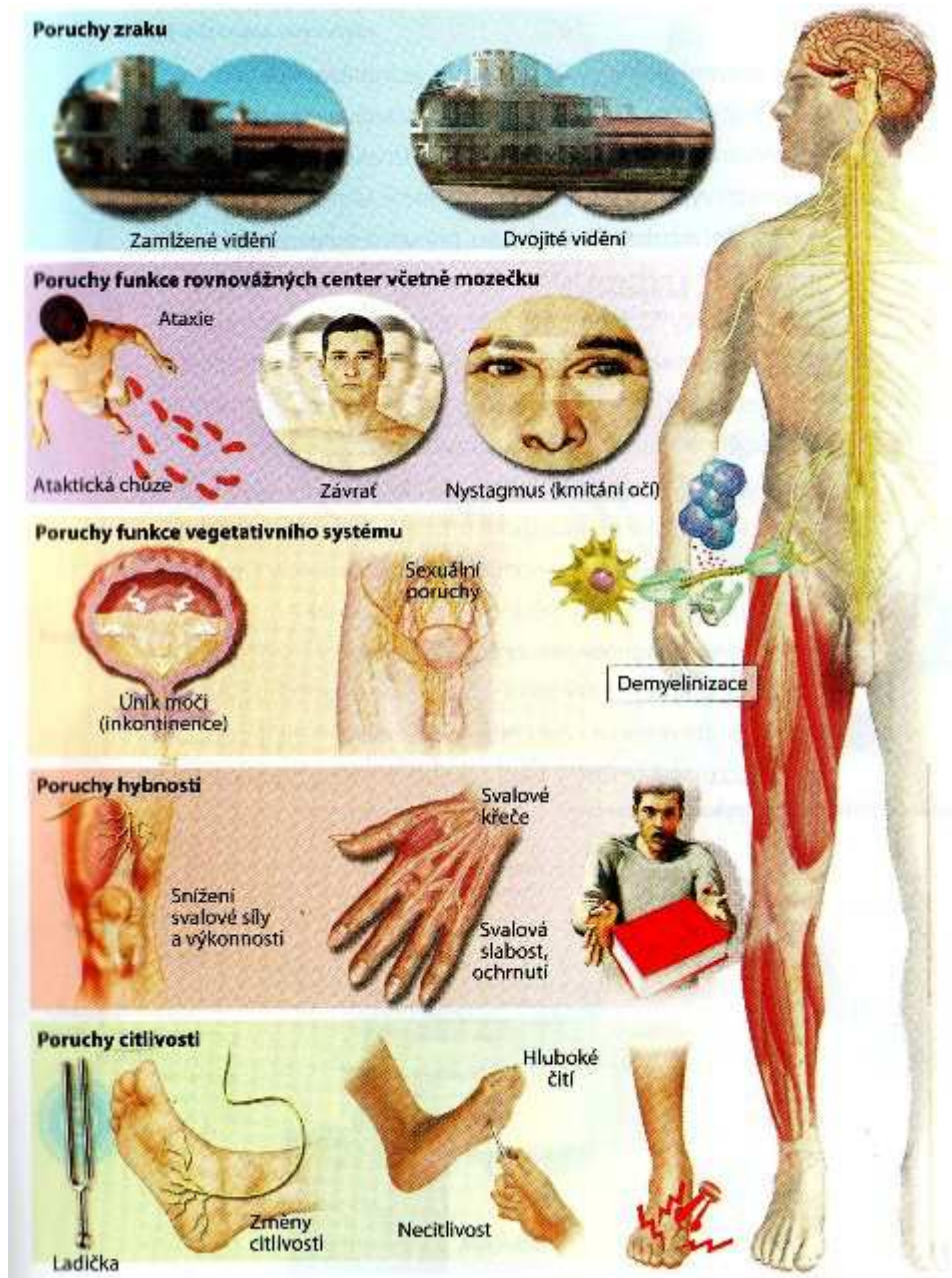
Zdroj: (LÉPORI, 2011, s.13)

Příloha B – Klinický průběh roztroušené sklerózy



Zdroj: (LÉPORI, 2011, s.21)

Příloha C – Klinické projevy roztroušené sklerózy



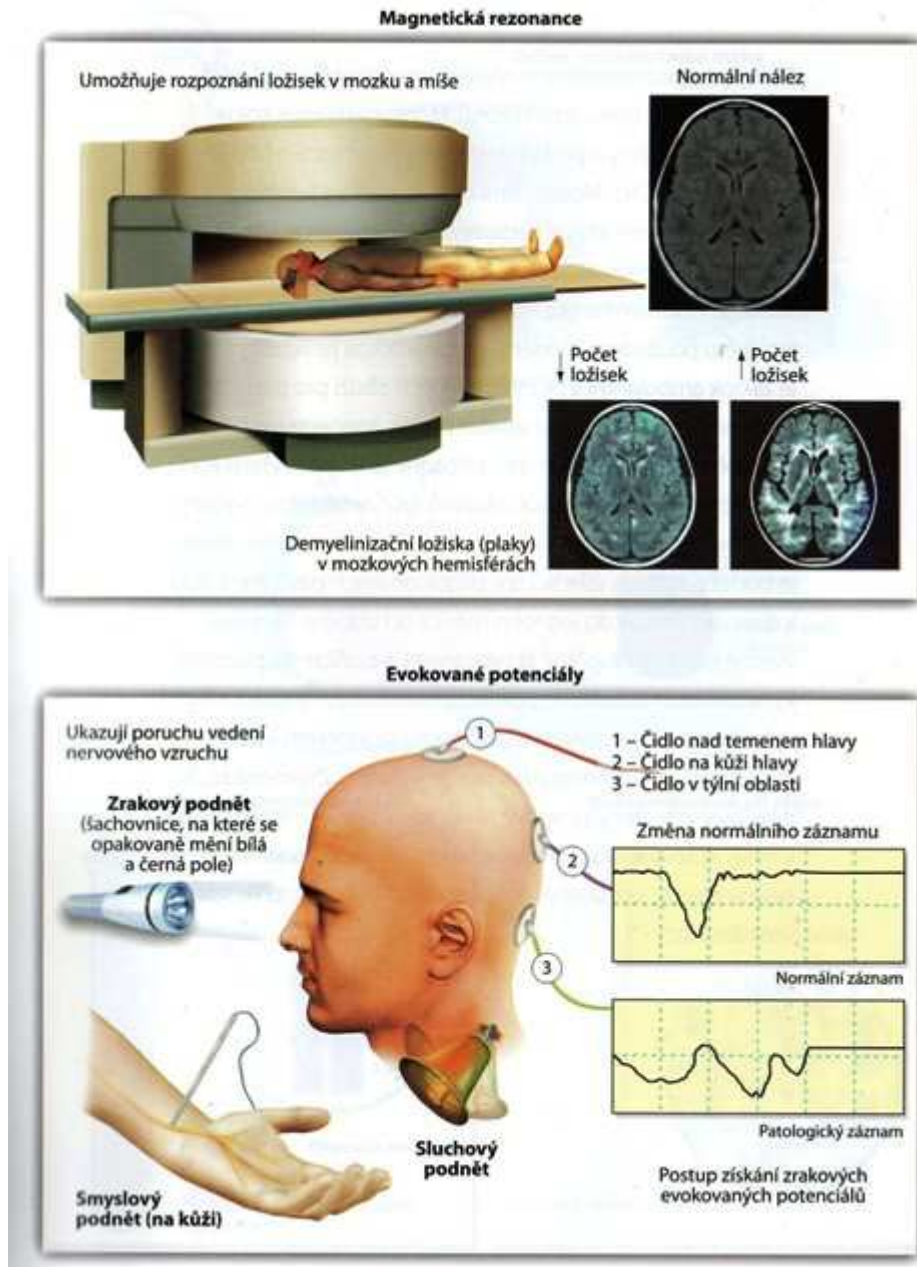
Zdroj: (LÉPORI, 2011, s. 23)

Příloha D – Diagnóza



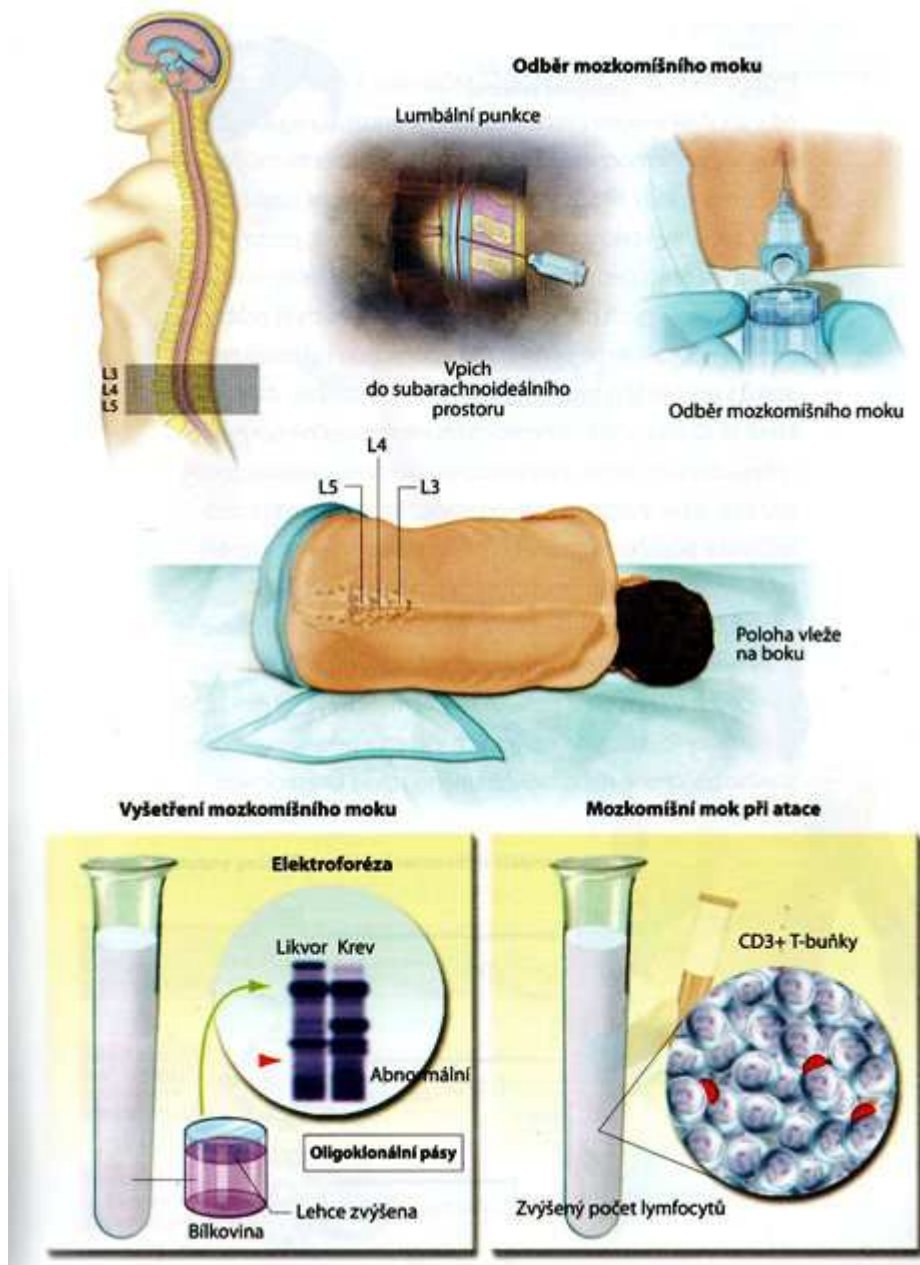
Zdroj: (LÉPORI, 2011, s. 25)

Příloha E – Magnetická rezonance a evokované potenciály



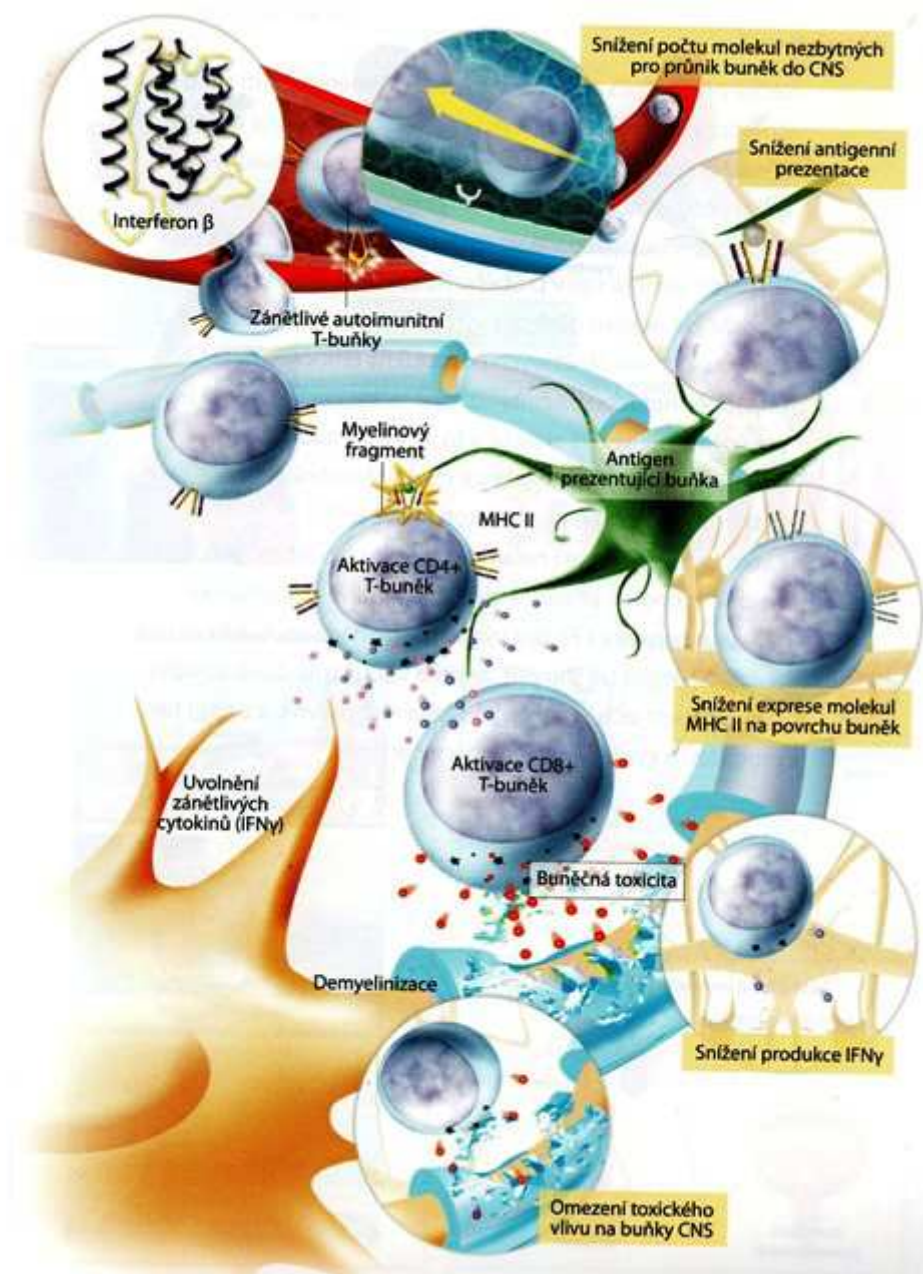
Zdroj: (LÉPORI, 2011, s. 27)

Příloha F – Vyšetření mozkomíšního moku (likvoru)



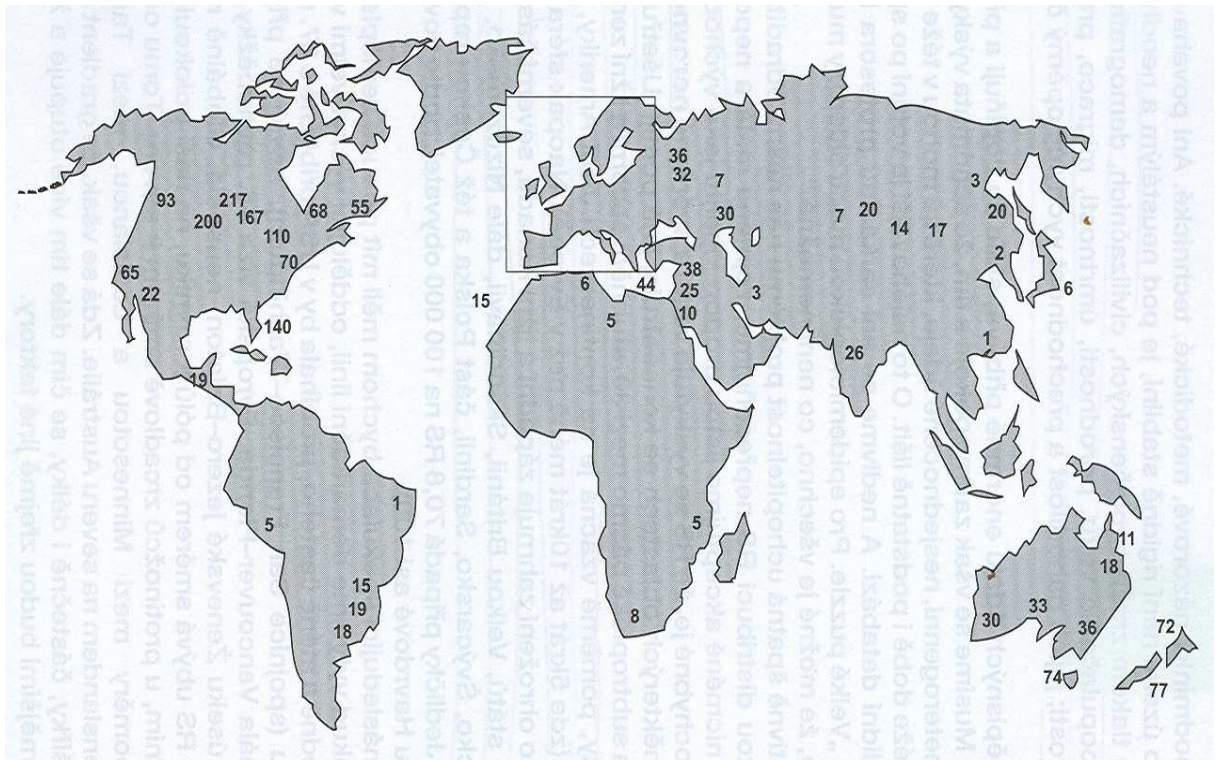
Zdroj: (LÉPORI, 2011, s. 29)

Příloha G – Interferon β v léčbě roztroušené sklerózy



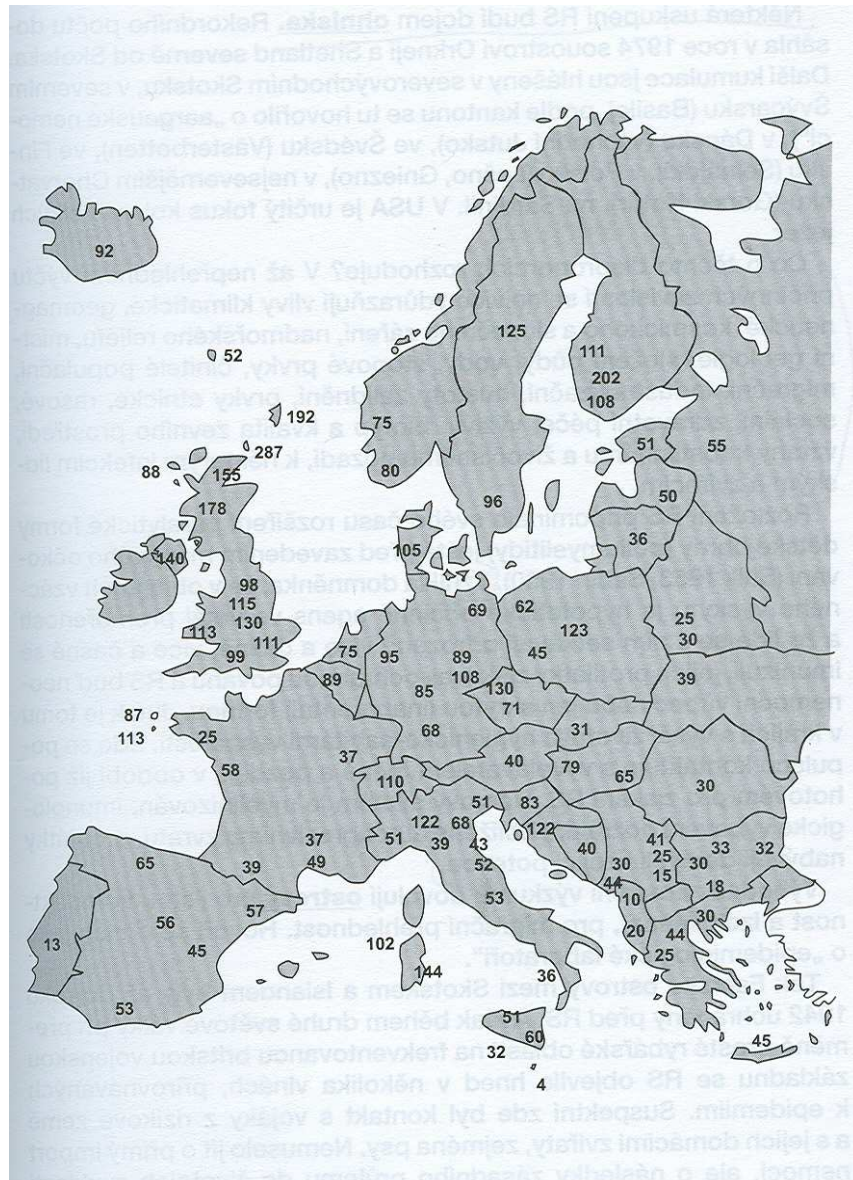
Zdroj: (LÉPORI, 2011, s. 37)

Příloha H – Světový výskyt RS – mimo Evropu (prevalence: počet RS na 100 000 obyvatel)



Zdroj: (LENSKÝ, 2002, s. 48)

Příloha CH – Výskyt RS v Evropě (prevalence: počet RS na 100 000 obyvatel)



Zdroj: (LENSKÝ, 2002, s. 49)

Příloha I – Kurtzkeho škála postižení hybnosti (EDDS)

Tab. 13.1. Kurtzkeho škála postižení hybnosti (EDSS)

Stupeň	Neurologický nález
0	žádný neurologický nález
1	žádná porucha hybnosti, nepatrný neurologický nález v jednom systému
1,5	žádná porucha hybnosti, nepatrný neurologický nález ve více systémech
2	nepatrné omezení hybnosti, neurologický nález postihuje jeden systém
2,5	minimální omezení hybnosti ve více systémech
3	mírná porucha hybnosti v jednom systému nebo lehká ve více systémech, pohyblivost plně zachována
3,5	pohyblivost plně zachována s výraznějším nálezem v jednom nebo lehkým ve dvou i více systémech
4	schopen pohybu bez opory, činný až 12 h denně i při relativně větším omezením hybnosti z většího postižení jednoho systému nebo menšího postižení více systémů
4,5	schopen pohybu bez opory většinu dne, ale někdy vyžaduje mírnou pomoc; postižení vyššího stupně jednoho systému nebo nižšího stupně více systémů
5	schopen chůze na vzdálenost 500 m bez opory, neschopen celodenní činnosti; těžké postižení jednoho nebo mírnější postižení více systémů
5,5	schopný chůze bez opory nejméně 50 m
6	schopný chůze nejméně 50 m, ale s jednostrannou oporou
6,5	schopný chůze nejméně 50 m s oboustrannou oporou
7	neschopen chůze ani 50 m; většinu dne užívá invalidní vozík, na který se posadí a sestoupí z něho bez cizí pomoci; dostane se sám na WC
7,5	je schopen chůze jen několik málo kroků, omezen na pohyb na vozíku, na který nasedne a z něhož se sestoupí jen s pomocí; není schopen sám dojít na WC
8	zcela odkázán na pohyb na vozíku, ale většinu dne tráví na lůžku; v osobní obsluze je soběstačný, hybnost horních končetin je zachována
8,5	prakticky odkázán na lůžko, omezena i samostatná osobní obsluha
9	bezmocný nemocný upoutaný na lůžko, je schopen komunikovat a jíst
9,5	zcela bezmocný nemocný, neschopný komunikovat ani polykat
10	smrt následkem roztroušené sklerózy

Zdroj: (JEDLIČKA, KELLER et.al., 2005, s. 208)

Příloha J - RS centra v České republice

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN

doc. MUDr. Eva Havrdová, CSc.

Karlovo nám. 32, budova A, 4. Patro, 12 00 Praha 2

tel.: 224 965 546

fax 224 917 907

e-mail: ehavr@lf1.cuni.cz

<http://www.lf1.cuni.cz>

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

MUDr. Eva Meluzínová

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5-Motol

tel.: 224 436 881

fax 224 436 820

e-mail: eva.meluzinova@fnmotol.cuni.cz

<http://www.lf2.cuni.cz>

Neurologická klinika FN

Prim. MUDr. Radomír Taláb, CSc.

Nezvalova 265, 500 05 Hradec Králové

tel.: 495 837 233, 495 837 214

fax 495 837 216

e-mail: talab@fnhk.cz

<http://fnhk.cz>

Neurologická klinika FN

MUDr. Jiří Fiedler

Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň

tel.: 377 103 329

fax: 377 521 740

e-mail: fiedlerj@fnplzen.cz

<http://www.fnplzen.cz>

Neurologická klinika FN

MUDr. Jan Mareš

I.P. Pavlova, 775 20 Olomouc

tel.: 585 853 437, 585 853 423

fax 585 414 201

e-mail: jan.mares@fnol.cz

<http://www.fnol.cz>

Neurologická klinika FN

MUDr. Pavel Štourač

Jihlavská 20, 639 00 Brno-Bohunice

tel.: 547 192 354

fax 543 216 200

e-mail: pstourac@fnbrno.cz

Neurologická klinika FN u Sv. Anny

MUDr. Michal Dufek

Pekařská 53, 656 91 Brno

tel.: 543 182 644, 543 182 633

e-mail: michal.dufek@fnusa.cz

<http://www.fnusa.cz>

Neurologická klinika FN

MUDr. Olga Zapletalová

ul.17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

tel.: 596 375 601, 597 373 383

e-mail: olga.zapletalova@fnspo.cz

<http://www.fnspo.cz>

Neurologické odd. Baťovy nemocnice

MUDr. Alena Gařková, CSc.

Havlíčkovo náměstí. 600, 762 75 Zlín

tel.: 577 552 029

e-mail: gatkova@bnzlin.cz

<http://www.bnzlin.cz>

Neurologické odd. Krajské nemocnice Pardubice

MUDr. Alena Novotná

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

tel.: 466 014 731, 467 434 732

e-mail: mscentrumpce@nem.pce.cz

<http://www.nem.pce.cz>

Ambulance pro demyelinizační onemocnění

Nemocnice České Budějovice

MUDr. Libuše Lhotáková

Boženy Němcové 54/585, 370 01 České Budějovice

tel.: 387 875 821, 389 171 111

e-mail: nervove@nemcb.cz

<http://www.nemcb.cz>

Neurologické oddělení Nemocnice Teplice

MUDr. Marta Vachová

Duchcovská 53, 415 29 Teplice

tel.: 417 519 625

tel.: 731 708 110 (sestra), 417 519 290 (neur.odd.)

e-mail: martava@email.cz

<http://nemtep.cz>

Pacientské organizace

Občanské sdružení Roska

P. O. BOX 38, 120 00 Praha 2

Tel: 266 712 511, 737 185 781

Fax: 266 712 511

E-mail: roska@roska-czmss.cz

Web: www.roska.eu; www.roska-czmms.cz

Sdružení mladých sklerotiků

Majka Chvátalová

tel. 606 463 714

e-mail: marie.chvatalova@klubsms.cz,

Marek Tomažič

e-mail: marek.tomazic@klubsms.cz

Klub pacientů s RS

Pod Hřbitovem 321, 530 03 Pardubice

Kontaktní osoba: Ing. R. Jandová

Tel: 466 536 637, 774 413 337

E-mail: roska.pce@seznam.cz;poradna.roskapce@seznam.cz

Neziskové organizace

Nadační fond Impuls

MVDr. Hana Navrátilová

tel. 602 555 242

email: navratilova@noviko.cz

Ceros, o.p.s.

Mgr. Marcela Zálišová

Neurologická klinika 1. LF a VFN

Kateřinská 30, 121 08 Praha 2

tel. 736 64 18 88

email: zalisova@seznam.cz

Domov sv. Josefa

Žireč 1, 544 04 Dvůr Králové nad Labem

Tel.: 499 628 500

Fax: 499 628 501

web/e-mail: www.domovsvatehojosefa.cz / sekretariat@zirec.hospic.cz

Svaz paraplegiků – Centrum Paraple

Ovčáráská 471, 108 08 Praha 108 – Malešice

tel.: 274 771 478, 274 777 973

fax: 274 001 313

e-mail: paraple@paraple.cz

web: www.paraple.cz

Weby, na kterých můžete získat řadu užitečných informací:

www.aktivnizivot.cz

www.roztrousenaskleroza.cz

www.multiplesclerosis.cz

Zdroj: (SCHARRZ, 2006, s.125-129)