

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
O PACIENTA S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU
V DOMÁCÍM OŠETŘOVÁNÍ V RAKOUSKU**

Bakalářská práce

MARIE GARGULÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Olga Najmanová



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

Garguláková Marie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou
v domácím ošetřování v Rakousku

Comprehensive Nursing Care for Patients with Multiple Sclerosis

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Najmanová Olga

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 26.3.2014

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní MUDr. Olze Najmanové za účinnou odbornou pomoc a další cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

GARGULÁKOVÁ, Marie. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou v domácím ošetřování v Rakousku*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MuDr. Olga Najmanová. Praha. 2014. 51 stran.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s roztroušenou sklerózou v domácím ošetřování v Rakousku. Teoretická část je zaměřena na definici onemocnění, dělení, patofyziologii a průběh onemocnění, diagnostiku a základní principy léčby. Dále jsou zde popsána specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním, specifika ošetrovatelské péče v domácím prostředí a rozdíl mezi domácí péčí v České republice a Rakousku. Praktická část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky s roztroušenou sklerózou. Je zde popsána ošetrovatelská anamnéza, fyzikální vyšetření sestrou a celkové hodnocení zdravotního stavu. Jsou popsány pacientčiny problémy, na jejichž základě jsou stanoveny a rozpracovány ošetrovatelské diagnózy.

Klíčová slova

Domácí péče. Ošetrovatelská péče. Roztroušená skleróza.

ABSTRACT

GARGULÁKOVÁ, Marie. *Comprehensive Nursing Care for Patients with Multiple Sclerosis in Home Care in Austria*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. . Olga Najmanová. Praha. 2014. 51 pages.

The topic of this thesis is comprehensive nursing care for patients with multiple sclerosis in home-care in Austria. The theoretical part is focused on definition of the disease, division, pathophysiology and progress of the disease, diagnosis and basic principles for the treatment. Furthermore, this part describes specifics of the nursing care for a patient with the disease, specifics of home-care and the difference between home-care in the Czech Republic and Austria. The practical part focuses on making of the nursing process for a particular patient with multiple sclerosis. Here is description about the nursing history, physical examination provided by a nurse in charge and assessment of overall health. Nursing diagnoses are determined based on the description of the patient's problems.

Key words

Home-care. Multiple sclerosis. Nursing Care.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD.....	12
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ.....	13
1.1 DEFINICE ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY MOZKOMÍŠNÍ .	13
1.2 VÝSKYT.....	13
1.3 ETIOLOGIE	13
1.4 PATOGENEZE	14
1.5 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.5.1 RELABUJÍCÍ – REMITUJÍCÍ - FORMA (RR - RS).....	15
1.5.2 SEKUNDÁRNĚ PROGRESIVNÍ FORMA (SP - RS).....	15
1.5.3 PRIMÁRNĚ PROGRESIVNÍ FORMA (PP - RS).....	15
1.5.4 PROGRESIVNÍ RELABUJÍCÍ ROZTROUŠENÁ FORMA (PR - RS)	15
1.6 KLINICKÝ OBRAZ OBECNĚ	16
1.6.1 PORUCHY VIZU	16
1.6.2 SENZITIVNÍ PORUCHY	16
1.6.3 PORUCHY MOTORIKY – PORUCHY PYRAMIDOVÉ DRÁHY	17
1.6.4 PORUCHY FUNKCE MOZKOVÉHO KMENE	17
1.6.5 VESTIBULOCEREBRÁLNÍ PORUCHY	18
1.6.6 MIKČNÍ A SEXUÁLNÍ PORUCHY.....	18
1.6.7 NEUROPSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY.....	18
1.6.8 ÚNAVA.....	19

1.7	DIAGNOSTIKA	19
1.8	DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	20
1.8.1	FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA AKUTNÍ ATAKY	20
1.8.2	FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA DLOUHODOBÁ.....	21
1.9	SYMPTOMATOLOGICKÁ LÉČBA	22
1.9.1	SPASTICITA	22
1.9.2	SFINKTEROVÉ OBTÍŽE.....	22
1.9.3	DEPRESE.....	22
1.9.4	ÚNAVA.....	23
1.9.5	TŘES.....	23
1.9.6	BOLEST	23
1.10	LÁZNĚ	24
1.11	REHABILITACE	24
1.12	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU	25
1.13	CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍ PÉČE	26
1.13.1	KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE	26
1.13.2	FORMY DOMÁCÍ PÉČE	26
1.13.3	REALIZACE ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICI A V RAKOUSKU	27
1.13.4	FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICI A V RAKOUSKU	28
2	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O PACIENTKU S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU	29
2.1	ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI.....	29
2.2	ANAMNÉZA.....	30

2.2.1	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 20.9.2013	33
2.2.2	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	38
2.2.3	SITUAČNÍ ANALÝZA:	38
2.3	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	39
2.3.1	PODROBNÉ ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	41
2.4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	48
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM LITERATURY	51
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1	Léková anamnéza
Tabulka 2	Popis fyzického stavu
Tabulka 3	Aktivita denního života
Tabulka 4	Posouzení psychického stavu
Tabulka 5	Posouzení sociálního stavu

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	body mass index
CT	počítačová tomografie
GSC	Glasgow Coma Scale
MRI	magnetická rezonance
MS	multiplex skleroze
RS	roztroušená skleróza

ÚVOD

Roztroušenou sklerózu řadíme mezi autoimunitní chronická onemocnění CNS. Toto onemocnění postihuje především mladé lidi v produktivním věku. Má velmi variabilní průběh a nejistou prognózu. Pacientovi tak přináší velkou fyzickou, psychosociální a ekonomickou zátěž. Díky moderní medicíně bývá tato nemoc diagnostikována v ranějších fázích než v minulosti. Stále se vyvíjí nové léčebné metody a ačkoliv není toto onemocnění léčitelné, dá se jeho progresse znatelně zpomalit. Tyto skutečnosti dávají pacientům větší naději vést kvalitnější život.

Cílem práce je popsat a seznámit se s problematikou roztroušené sklerózy. V teoretické části je vypsána definice onemocnění, patofyziologie, průběh onemocnění, diagnostika a základní principy léčby. Cílem praktické části je vytvoření individuálního ošetrovatelského plánu u pacientky v domácím ošetřování s tímto onemocněním.

Vzhledem k nárůstu pacientů s touto diagnózou, je považováno toto téma za velmi aktuální. Prakticky na všech odděleních nebo na ambulancích se můžeme setkat s pacienty s tímto onemocněním. Tato práce může být použita jako zdroj informací pro studenty zdravotnických škol a pro všeobecné sestry, které si chtějí rozšířit obzory o tuto problematiku.

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ

1.1 DEFINICE ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY MOZKOMÍŠNÍ

Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS) je chronické onemocnění centrálního nervového systému (CNS), kdy dochází k chronickému autoimunitnímu zánětu poškozujícím myelin a oligodendroglie mozku a míchy. Charakteristické pro tuto nemocnění jsou zánětlivá ložiska demyelinizace s poškozením axonů bílé hmoty. Pro tato ložiska je typická diseminace (roztroušenost) těchto ložisek v prostoru a čase (WABERŽINEK, 2005).

1.2 VÝSKYT

Prevalence RS se liší v různých geografických oblastech a v závislosti na etnickém původu. Nejčastěji se vyskytuje toto onemocnění u indoevropské rasy a v oblasti mírného pásma. Naopak u Afričanů v oblasti rovníku se tato nemoc téměř nevyskytuje. Kolem rovníku zaznamenáváme minimální výskyt a k nárůstu dochází se zeměpisnou šířkou (HAVRDOVÁ, 2013).

Klinická manifestace prvních příznaků je obvykle ve věku mezi 20 - 40 rokem života. Záchyt první ataky do 10 roku života a nad 55 let je vzácný. Roztroušená skleróza postihuje dříve a častěji ženy než muže a to přibližně 2x častěji (SEIDL, 2004).

1.3 ETIOLOGIE

Příčina roztroušené sklerózy není známá. Existují ale předpoklady, že se na vzniku účastní genetické predispozice v kombinaci s vlivem zevních faktorů. Rozvoj onemocnění u dětí, jejichž rodiče trpí RS, je udáván okolo 3 – 5 % (MELUZÍNOVÁ, 2008).

Samotné onemocnění je způsobeno vznikem mnohočetných zánětlivých ložisek v bílé hmotě mozku a míchy. Výskyt těchto ložisek je především v oblasti ohraničující

postranní a čtvrtou komoru. V míše se léze nejčastěji objevují v předních provazcích, centrálně v zadních provazcích. Roztroušená skleróza je chápána jako orgánové onemocnění způsobené imunitně řízeným poškozením myelinu, jeho buněk v CNS, oligodendrocytů a axonů (WABERŽINEK, 2006).

1.4 PATOGENEZE

V periférii u každého člověka je malé množství autoagresivních T-lymfocytů. Avšak u nemocných s roztroušenou sklerózou dochází k jejich aktivaci, pomnožení a přestoupení přes hematocefalickou membránu do CNS. V důsledku další produkce protizánětlivých cytokynů se vytvoří aktivní ložisko zánětu s edémem a vazodilatací. Porušenou hematocefalickou membránou pronikají z periferní krve také makrofágy a B buňky. Protilátky proti myelinu navázané na makrofágy způsobují nejprve rozpad myelinu a poškození oligodendroglie, později narušení až ztrátu axonu. Při porušení axonů je porucha nezvratná a vzniklý deficit se již neupraví (SEIDL, 2004).

1.5 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

„Typickým projevem onemocnění je ataka (relaps), která je definována vznikem nových nebo zhoršením stávajících příznaků. Tato změna klinického stavu musí trvat déle než 24 hodin. Pokud je zhoršení spojeno s probíhajícím horečnatým stavem, za ataku není považováno“ (MELUZÍNOVÁ, 2008, s. 109).

Průběh onemocnění můžeme v první řadě rozlišit na benigní nebo maligní. Benigní průběh je takový, že i po 15 letech od objevení prvních příznaků zůstává pacient bez neurologického deficitu. Naopak maligní formy jsou charakteristická velmi rychlým nárůstem neurologického deficitu. V lézích dochází k rozsáhlým poškozením axonů a oligodendrocytů. Tento děj lze prokázat na magnetické rezonanci i v mozkomíšním moku (WABERŽINEK, 2006).

1.5.1 RELABUJÍCÍ – REMITUJÍCÍ - FORMA (RR - RS)

Touto formou roztroušené sklerózy je postiženo 80 – 85 % pacientů. U této formy dochází k atakám, které jsou střídány obdobím remise. Remisí chápeme období bez neurologických příznaků nebo jen s určitým reziduálním neurologickým nálezem. Jako další ataku považujeme manifestaci neurologické symptomatiky nejdříve 30 dnů po předešlé. U neléčené choroby postupně dochází k vyčerpání rezerv CNS. Polovina pacientů s touto formou RS do 10 let přejde do formy sekundární chronické progresse (WABERŽINEK, 2006), (MELUZÍNOVÁ, 2008).

1.5.2 SEKUNDÁRNĚ PROGRESIVNÍ FORMA (SP - RS)

Tato forma je charakterizována postupným zhoršováním neurologického deficitu, který je nevratný. Zánětlivá aktivita v této fázi choroby klesá, převažují procesy degenerativní a postupně narůstá invalidita (WABERŽINEK, 2006), (MELUZÍNOVÁ, 2008).

1.5.3 PRIMÁRNĚ PROGRESIVNÍ FORMA (PP - RS)

Primárně progresivní forma postihuje obě pohlaví rovnoměrně a častěji začíná v pozdějším věku. Nejčastěji se tento typ vyskytuje u pacientů, u kterých byla roztroušená skleróza diagnostikovaná mezi 40 - 50 lety. Tato forma je přibližně u 10 – 15 % pacientů s roztroušenou sklerózou. Svým průběhem se liší od dvou již jmenovaných forem. Postupně narůstá neurologický deficit bez přítomnosti atak. Velmi častá je spastická paréza dolních končetin (HAVRDOVÁ, 2006).

1.5.4 PROGRESIVNÍ RELABUJÍCÍ ROZTROUŠENÁ FORMA (PR - RS)

Prognosticky velmi nepříznivá forma. Nastává progresivní zhoršování od začátku onemocnění, kdy dochází k akutním atakám, ale stav se zhoršuje i v období relapsu atak (WABERŽINEK, 2006), (HAVRDOVÁ, 2006).

1.6 KLINICKÝ OBRAZ OBECNĚ

Při roztroušené skleróze dochází v důsledku demyelinizace centrálních drah mozku a míchy k blokům ve vedení a k postižení funkce příslušné dráhy. Pro typ klinických příznaků je rozhodující místo, kde nastává zánět a následně demyelinizace. Při postižení více drah najednou hovoříme o polysymptomatické atace. Pokud je zánětlivé ložisko v průběhu jen jedné dráhy vzniká monosymptomatická ataka. U roztroušené sklerózy jsou některé symptomy typické a jejich přítomnost vede k rychlé diagnostice. Jsou to především: optická neuritida, oftalmoplegie, spastická paraparéza. Některé symptomy jsou naopak vzácné a nemusí být spojovány s demyelinizací. Mezi nejčastější první příznaky onemocnění patří senzitivní obtíže, zrakové poruchy (neuritida zrakového nervu), a motorické symptomy. Méně častěji se jako první projeví kmenové postižení, sfinkterové nebo epizodické obtíže. Část pacientů pociťuje výraznou únavu ještě před příchodem prvních potíží (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.1 PORUCHY VIZU

Zánět zrakového nervu se projevuje jako jednostranná ztráta nebo porucha vizu. Vyvíjí se několik hodin až dnů a pacient často pociťuje bolesti při pohybu očním bulbem, dále poruchy barevného vidění a výpadky v zorném poli. Optická neuritida se objevuje jako první příznak asi u 30 % pacientů (WABERŽINEK, 2006), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.2 SENZITIVNÍ PORUCHY

Nejen ztráta citlivosti, ale i její změny jako je brnění a pálivé parestezie, se často vyskytují v celém průběhu onemocnění. Senzitivní poruchy můžeme rozdělit na poruchy kožní citlivosti, které jsou zpracovávány vědomě a na poruchy hluboké citlivosti, které nejsou zpracovávány vědomě. Poruchy taktilního čítí bývají mezi prvními příznaky onemocnění. K senzitivním příznakům řadíme i příznak pacienta nejvíce obtěžující a tím je bolest. Bolestivé příznaky se dají rozdělit na epizodické a chronické (WABERŽINEK, 2006), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.3 PORUCHY MOTORIKY – PORUCHY PYRAMIDOVÉ DRÁHY

Poruchy motoriky a s nimi spojená ztráta hybnosti je po ztrátě kognitivních funkcí druhým nejobávanějším symptomem onemocnění. Typicky dochází k asymetrické paraparéze dolních končetin nebo kvadruparéze. Poruchy pyramidové dráhy způsobují centrální parézu se zvýšením šlachových a okosticových reflexů, přítomností pyramidových iritačních jevů, snížením síly a nárůstem spasticity. Spasticita se vyskytuje až u 80 – 85 % a významně omezuje pacienty v běžných denních činnostech. Asi dvakrát častěji se spasticita projevuje na dolních končetinách než na horních (WABERŽINEK, 2005), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.4 PORUCHY FUNKCE MOZKOVÉHO KMENE

Poruchy okohybné inervace patří mezi velmi časté projevy onemocnění a to až v 75 %. Pacient pocítuje problémy zejména v podobě dvojitého vidění, kmitání obrazu, zhoršené akomodace. Dále může být přítomna diplopie, často i s vertigem, nucené držení hlavy a nejistota v prostoru. Neuralgie trigeminu je nejčastějším epizodickým příznakem. Dochází k šlehavým bolestem nejčastěji v oblasti inervované 2. a 3. větví trigeminu. Bolest přichází v sériích, vzniká na podkladě senzitivního stimulu (lehký dotyk, jídlo, pití, mluvení, čištění zubů) a může jí provázet slzení či sekrece z nosu. Paréza lícního nervu může mít projevy centrální nebo periferní, podle místa porušení dráhy. Dysfagie (porucha polykání) je projevem asi u 30 % pacientů, ale při cíleném vyšetření polykání může být přítomná až u 90 % pacientů. Dochází k tomu v důsledku kombinace senzitivního a motorického porušení funkce hlavových nervů. Nedostatečně se uzavírá hrtanová příklopka a zároveň mozek dostává špatnou informaci o konzistenci a objemu sousta.

Dysartie může být provázena dysfonií (poruchou tvorby hlasu). Vzniká v důsledku spasticity, slabosti a ataxie řečových svalů (WABERŽINEK, 2005), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.5 VESTIBULOCEREBRÁLNÍ PORUCHY

Poruchy rovnováhy a vertigo postihují nejméně 50 % pacientů. Nystagmus, kterým se také projevuje porucha vestibulocerebrálního aparátu, je mimovolný kmitavý pohyb očních bulbů. Dalším projevem je tremor (třes) a to nejčastěji intenční třes, který se objevuje před dosažením cíle pohybu. Celkově vestibulocerebrální poruchy můžou významně měnit kvalitu hybnosti a soběstačnosti pacienta (WABERŽINEK, 2005), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.6 MIKČNÍ A SEXUÁLNÍ PORUCHY

Výskyt mikčnicích potíží je uváděn u 35 – 97 % pacientů s roztroušenou sklerózou. Vyskytují se potíže s vyprazdňováním močového měchýře, buď ve smyslu močové retence, nebo naopak inkontinence a během vývoje onemocnění se mohou měnit. Sexuální dysfunkce postihuje obě pohlaví. Vzhledem k tomu, že roztroušená skleróza se objevuje především u lidí v produktivním věku, snižuje sexuální dysfunkce kvalitu života celého páru. U žen se jedná především o poruchy orgasmu, snížení libida a vzrušivosti, poruchy lubrikace. U mužů dochází k poruše erekce, poruše nebo úplnému chybění orgasmu, snížení libida, snížení testosteronu (WABERŽINEK, 2005), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.7 NEUROPSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY

Deprese postihují pacienty s roztroušenou sklerózou více jak třikrát častěji než u obecné populace. Rozvoj deprese může mít několik příčin: jako subjektivní reakce na vznik a rozvoj onemocnění, přímým důsledkem chorobného procesu, vedlejším účinkem farmakoterapie nebo samostatným onemocněním. Bipolární afektivní porucha se vyskytuje u pacientů s roztroušenou sklerózou dvakrát častěji než u obecné populace. (WABERŽINEK, 2005), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.6.8 ÚNAVA

Jak již bylo zmíněno, únava se může objevit jako první příznak a to již o několik měsíců než následují příznaky. Její příčina je multifaktoriální, způsobuje jí jak poškození CNS, dysfunkce imunitního systému, ale i další sekundární faktory jako je bolest, poruchy afektivity, poruchy spánku (WABERŽINEK, 2005), (HAVRDOVÁ, 2013).

1.7 DIAGNOSTIKA

K určení diagnózy u RS neexistuje žádný specifický test. Diagnóza se tedy určuje podle kritérií např. Bartela, Poserova, Schumachera. Nejčastěji v literatuře nacházíme zmiňovaná kritéria dle Mc. Donalda, které vyšla v roce 2001 a v roce 2010 prošla revizí. Dle těchto kritérií je možné diagnostikovat RS již po první atace (SEIDL, 2004), (HAVRDOVÁ, 2013).

„Základním principem McDonaldových/Polmanových kritérií je stále princip průkazu diseminace demyelinizačního procesu v prostoru a čase. Od 1.3.2012 vstoupil v platnost v ČR Standard pro diagnostiku a léčbu RS a neuromyelitis optika“ (HAVRDOVÁ, 2013, s.172).

Anamnézu je třeba odebírat velice pečlivě, často se objeví symptomy, které byly bagatelizovány pacientem ale i lékařem (únava, sfinkterové potíže, parestezie).

MRI v diagnostice roztroušené sklerózy znamenala průlom. Je to totiž první vyšetření, kterým se dají zjistit morfologické známky poškození v CNS (HAVRDOVÁ, 2013), (SEIDL, 2004).

Ve vyšetření mozkomíšního moku nalzáme zvýšenou hladinu IgG a to v kterékoli fázi onemocnění. Dále při akutní atace pak zvýšení celkové bílkoviny, zejména albuminu a to v důsledku porušení hematoencefalické bariéry. Také bude pozitivní nález oligoklonálních páسů. Evokované potenciály jsou další přínosnou metodou, dříve byly používány jako časná diagnostická metoda průkazu. Nyní je již v pozadí za magnetickou rezonancí, ale stále má svůj diagnostický význam (WABERŽINEK, 2005).

„Evokované potenciály testují funkci jednotlivé nervové dráhy a tak umožňují odkrýt klinicky němá ložiska. Mají význam v časných stádiích onemocnění RS, v detekci

subklinického postižení CNS, jejich výsledky pomáhají k monitoraci a odhadu dalšího průběhu nemoci, což je velmi důležité hlavně z terapeutického hlediska“ (HAVRDOVÁ, 2013, s.198). Nervové dráhy jsou při vyšetření stimulovány stále stejným podmětem. V patologickém nálezů bude porušení drah v jejich průběhu a v důsledku toho zpomalení rychlosti vedení nervového vzruchu a snížením amplitudy vln. Vyšetření evokovaných potenciálů je pro pacienty zcela nezatěžující (HAVRDOVÁ, 2005).

1.8 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

K potvrzení slouží typický klinický nález, typický MRI nález a pozitivní nález oligoklonárních pásů v likvoru. Diferenciální rozlišujeme především chirurgicky řešitelné choroby (nádory, výhřezy ploténky, kompresivní fraktury obratlů, cévní malformace). Toto odlišujeme především zobrazovacími metodami. Dále je třeba rozlišit od RS jiná autoimunitní postižení CNS (vaskulitidy a chronická zánětlivá onemocnění). Vyšetřujeme screeningem jiná autoimunitní onemocnění a vyšetřením mozkomíšního moku. Jiná onemocnění, která potřebujeme odlišit, jsou genetická a metabolická onemocnění. Ta bývají problémem při primárně progresivním průběhu. Pokud s jistotou nemůžeme stanovit diagnózu pacienta, dále sledujeme v čase a vyšetření s odstupem opakujeme (HAVRDOVÁ 2005).

„Studie dokazují, že zejména dva faktory spolehlivě identifikují pacienty, kteří nemají RS. První z nich je nedostatek typických příznaků (optická neuritida, Lhermitteuf příznak, poruchy citlivosti, neurogení měchýř nebo jiné běžné příznaky). Druhým faktorem je chybění typických nálezů na MR a v likvoru“ (HAVRDOVÁ 2013, s. 222).

1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA AKUTNÍ ATAKY

V léčbě akutní ataky RS byly v posledních dvaceti letech používány zejména kortikosteroidy a to zejména methylprednisolon, který má nejméně vedlejších účinků a nejlepší snášenlivost. Podávají se vysoké dávky, které obvykle vedou k rychlému ústupu klinických příznaků. Léčbu ataky začínáme intravenózní aplikací, po léčbě akutní ataky

pokračujeme podáváním prednisonu a methylprednisolonu p.o. v postupně se snižujících dávkách v několika následujících týdnech (WABERŽINEK, 2005).

Při akutním relapsu je nutné dodržovat režimové opatření, a to klidový režim bez větší fyzické zátěže alespoň v prvních několika dnech. Poté následuje pozvolná rehabilitace porušené funkce (HAVRDOVÁ, 2013).

1.8.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA DLOUHODOBÁ

„Léčba roztroušené sklerózy interferony přinesla pozitivní výsledky ve smyslu zpomalení klinických příznaků u řady pacientů na celém světě, např. snížení počtu atak, snížení rozvoje disability či zlepšení nálezů na MRI“ (MAREŠ, 2013, s. 10).

Ve většině případů jsou interferony aplikovány ve formě injekce, méně častěji v tabletové formě. Pacienti si interferony aplikují sami, proto je zde nutná edukace. Mezi časté nežádoucí účinky patří zarudnutí kůže, bolest, svědění, otok, zánět, reakce přecitlivělosti a vznik podlitin v místě vpichu, zácpa, průjem, nevolnost, přírůstek na váze, úzkost, deprese, pocení a další.

Pokud se ataky opakují do několika měsíců, je nutno zajistit dlouhodobou terapii. Mezi léky, které mají schopnost snížit frekvenci atak a zpomalit nárůst dalších příznaků, patří interferon beta, glatiramer acetát, intravenózní imunoglobuliny, azathioprin a další (WABERŽINEK 2007).

Glatiramer acetát je látka, která byla vyvinuta koncem 60. let. Jedná se o aminokyseliny nejčastěji se opakující v myelinovém bazickém proteinu, jedné z hlavních bílkovin myelinu. Účinek je prokázán především na začátku zánětlivého procesu. Nelze tedy očekávat zázračný účinek u pokročilejších forem roztroušené sklerózy, kde zánět již vyhasíná a dochází k zániku vlastních nervových vláken (HAVRDOVÁ, 2013).

Ošetřovatelská péče se zaměřuje na správnou aplikaci léku pomocí edukace, jelikož ve většině případech si pacient lék aplikuje podkožně každý den. Vedlejší účinky tato léčba nemá, kromě nevýrazných kožních reakcí a občasné možnosti látku si zčásti vpíchnout do malé žilky, což vede k vyplavení histaminu a přibližně 15 minut trvajícím zrudnutí, bušení srdce a úzkosti (HAVRDOVÁ, 2005).

1.9 SYMPTOMATOLOGICKÁ LÉČBA

Symptomatologická léčba se týká kteréhokoliv stádia nemoci a kombinuje se s kteroukoli terapií sloužící k ovlivnění patogenetického procesu. Pacientovi symptomy se snažíme ovlivnit vždy, když ho obtěžují (HAVRDOVÁ, 2005).

1.9.1 SPASTICITA

Léčba spasticity má být nastavená vždy tak, aby měl pacient úlevu, ale abychom nezhoršili motorické funkce. Zvýšený tonus dolních končetin totiž může umožnit zachování stoje a chůze u nemocného s těžší parézou. Proto je léčba zahájena menším dávkováním, které pomalu zvyšujeme. Nejčastěji jsou používány baclofen a tizanidin. U pacientů s těžkou spasticitou, u kterých hrozí rozvoj kontraktur, je vhodné zavést baclofenovou pumpu. V léčbě spasticity má významnou roli také fyzioterapie, aktivní i pasivní cvičení, správné polohování a rehabilitace (HAVRDOVÁ, 2005), (VACHOVÁ, 2008).

1.9.2 SFINKTEROVÉ OBTÍŽE

Pro volbu léčby je důležité urodynamické vyšetření, kterým je zjištěna jímací a vyprazdňovací funkce močového měchýře a funkce příčně pruhovaného svěrače. Léčba je pak naplánována podle výsledků tohoto urologického vyšetření. Používají se spasmolytika, myorelaxancia, anticholinergika a alfalytika. Při reziduu nad 100ml je nutná katetrizace sterilními cévkami, kterou se pacient naučí sám provádět na urologii (HAVRDOVÁ, 2005), (KRATINOVÁ, 2011).

1.9.3 DEPRESE

Deprese je nejčastějším psychiatrickým symptomem u roztroušené sklerózy. Také sebevražednost je u pacientů s roztroušenou sklerózou několikanásobně vyšší než u lidí v běžné populaci. Při léčbě deprese jsou volena antidepressiva s minimálními sedativními,

hypotenzními a anticholinergními účinky. Lékem první volby tedy jsou citalopram, escitalopram, fluoxetin, sertralin, paroxetin. Pro terapeutické ovlivnění deprese je vhodná psychoterapie (VACHOVÁ 2008), (HAVRDOVÁ, 2005).

1.9.4 ÚNAVA

Postihuje asi 75 % pacientů s roztroušenou sklerózou, přičemž skoro 1/3 jí považuje za nejvíce obtěžující příznak. Únavu způsobuje jak přítomnost zánětu v celé CNS tak i snížení počtu axonů a demyelinizace. Nejlepším způsobem jak ovlivnit únavu u roztroušené sklerózy je zavedení efektivní protizánětlivé léčby a udržení fyzické kondice (VACHOVÁ 2008), (HAVRDOVÁ, 2005).

1.9.5 TŘES

U roztroušené sklerózy je třes především mozečkového původu. Jeho léčba je bohužel zatím nedostatečná. Může jej ovlivnit clonazepam, metipranolol, ondansetron či antiepileptika (VACHOVÁ 2008).

1.9.6 BOLEST

Bolest postihuje 50 – 75 % nemocných s roztroušenou sklerózou. Při léčbě bolesti je potřeba přesně určit její etiologii. Na bolesti neuropatické působí velmi dobře antiepileptika. Další skupinu bolestí řešíme podle původu antirevmatiky, rehabilitací, léčbou spasticity. Klasická analgetika a opiáty jsou používáni pouze, je-li to nezbytně nutné a nedaří-li se bolest tlumit jiným způsobem (VACHOVÁ 2008), (HAVRDOVÁ, 2005).

1.10 LÁZNĚ

Pacientům s roztroušenou sklerózou je pobyt ve vodě velmi doporučován. Plavání je považováno za ideální druh sportu. Vodoléčba podporující krevní oběh a prokrvení organismu pomáhá mírnit únavu pacientů. Lázeňská léčba má pozitivní účinek především v úlevě od pohybových obtíží, upravují se močové problémy, často úplně přejde pocit chronické únavy, mizí depresivní nálada. Velkým přínosem pro pacienty s nedávno diagnostikovým onemocněním je kontakt s lidmi se stejnými problémy (HLAVÁČEK, 2011).

1.11 REHABILITACE

Cílem v komplexní rehabilitační péči je usnadnění a zlepšení základních aktivit běžného života. Příznaky a průběh nemoci jsou velmi individuální, rehabilitace tedy musí být přizpůsobena individuálním potřebám pacienta. Zjednodušeně můžeme stádia onemocnění pospat takto:

- Fáze diagnostiky nemoci – v tomto okamžiku pacient zažívá šok. Nyní je nejdůležitější dostatečné množství informací, aby mohl s nemocí začít bojovat.
- Fáze časná – charakteristické jsou v této fázi především nové neurologické příznaky a ataky onemocnění. Je důležité již nyní začít kromě medikamentózní léčby také léčbu pohybovou k udržení dosavadní kondice.
- Fáze pozdní – dochází k trvalým neurologickým projevům. Také se snižuje zdatnost a výkonnost pacienta. Rehabilitační péče se v této fázi věnuje obtížím spojeným s poruchami hybnosti, chůze a stability, léčbu spasticity. Velmi důležitá a přínosná je pomoc ergoterapeuta a využití vhodných kompenzačních pomůcek.
- Fáze progresu nemoci – v této fázi nastává snížení nezávislosti a soběstačnosti. Je nutné zvážit využití osobního asistenta a zvýšení péče rehabilitačně-ošetrovatelské.
- Stanovení správné intenzity zatížení je stěžejní pro naplánování rehabilitační péče.

Intenzita musí zajistit dostatečnou účinnost, ale měla by být přiměřená, aby nepoškodila pacienta. V současné rehabilitaci se využívá mnoho konceptů a metodik, případně jejich kombinací. Nejčastěji využívané v neuro rehabilitaci u pacientů s roztroušenou sklerózou jsou:

- Bobath koncept – jedná se o komplexní přístup k ovlivnění svalového tonu, navození a podpoře fyziologických pohybových vzorců, vnímání pohybu a celkově napomáhá řízení motoriky.
- Senzomotorická stimulace – napomáhá koordinovanému zapojení svalů a zlepšení stoje, chůze.
- Vojtův princip – v této terapii se využívá pohybových vzorů, které jsou vybavitelné pouze reflexně. Díky přizpůsobeným postupům je možné i aktivní cvičení s využitím vývojových metod.
- Proprioceptivní neuromuskulární facilitace – cílem této rehabilitace je cílené ovlivňování motorických neuronů předních rohů míšních. V této metodě dochází k podpoře nervosvalové souhry a aktivizaci paretických svalů (HOSKOVCOVÁ, 2008).

1.12 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

Neurologické ošetřovatelství je aplikovaný ošetřovatelský obor zabývající se ošetřovatelskou péčí o pacienta s neurologickým onemocněním, tedy i o pacienta s RS. Vychází z ošetřovatelství a neurologie a integruje poznatky i z dalších oborů např. rehabilitace, logopedie, filosofie, pedagogiky, psychologie (SLEZÁKOVÁ, 2006).

„Cíle neurologického ošetřovatelství vycházejí z koncepce oboru ošetřovatelství a zaměřují se na poskytování ošetřovatelské péče pacientům a jejich rodinám ve zdraví i nemoci a na vykonávání činností, které přispívají k podpoře zdraví, uzdravení nebo klidnému a důstojnému umírání a smrti. Zahrnují i pomoc při získávání nezávislosti a soběstačnosti pacienta s neurologickým onemocněním v co nejkratším čase“ (SLEZÁKOVÁ, 2006, s. 9).

1.13 CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je jedním z nejrychleji se rozvíjejících sektorů ve zdravotnictví. Medicínský a ošetrovatelský pokrok, který s sebou přináší nové léky, pomůcky, přístroje a léčebné metody, nám umožňuje poskytovat kvalitní péči klientům v jejich přirozeném prostředí. Domácí prostředí má nezanedbatelný vliv na psychiku klienta a hraje důležitou roli v procesu uzdravování (JAROŠOVÁ, 2007).

Domácí péče v Rakousku se nerozděluje na služby zdravotnické, ošetrovatelské či sociální. Tato péče poskytuje služby komplexně. Sestry pracují ve spolupráci s ostatními pracovníky a jsou zodpovědné za vedení dokumentace (SVOBODOVÁ, 2013).

1.13.1 KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Na komplexní domácí péči se podílí práce sester, lékařů, rehabilitačních pracovníků, psychologů, sociálních pracovníků, dobrovolníků, ale i aktivita samotného pacienta a rodinných příslušníků. Rozsah péče vychází z aktuálního stavu pacienta a jeho sociálního prostředí, dále z kompetencí jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. Odborná zdravotní péče je indikována praktickým lékařem pacienta, který určuje také její rozsah a frekvenci. Význam mají také kulturní zvláštnosti jednotlivých států a nastavení systémů jejich zdravotnictví (JAROŠOVÁ, 2007).

1.13.2 FORMY DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je v České republice stejně jako v Rakousku poskytována v pěti základních formách.

Akutní domácí péče – je poskytována u pacientů s akutním krátkodobým onemocněním nevyžadujícím hospitalizaci, většinou po dobu dnů nebo týdnů. Nejčastěji je tato forma indikována u pacientů v pooperačním nebo poúrazovém stavu (JAROŠOVÁ, 2007).

Dlouhodobá domácí péče – jedná se o nejvíce využívanou formu domácí péče. Nejčastějšími diagnózami u pacientů s dlouhodobou domácí péčí jsou cévní mozkové

příhody, roztroušená skleróza, diabetes mellitus, ochrnutí, duševní onemocnění, chronická bolest (JAROŠOVÁ, 2007).

Preventivní domácí péče – u tohoto druhu péče jde především o sledování fyziologických hodnot, monitorování a komplexního vyhodnocování celkového stavu pacienta. Je indikována na žádost lékaře a poskytována v určitých opakujících se intervalech (JAROŠOVÁ, 2007).

Domácí hospicová péče – je poskytována u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, u kterých se předpokládá doba dožití maximálně šest měsíců.

Jednorázová domácí péče „ad hoc“ - je indikována všude tam, kde není třeba pravidelné domácí péče. Provádí se v případě časové vytíženosti praktických lékařů a sester. Lékař si pak jednorázově s agenturou domácí péče sjedná určitý typ péče. Většinou jde o jednorázové výkony, odběry či jednorázovou aplikaci injekce (JAROŠOVÁ, 2007).

1.13.3 REALIZACE ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE A V RAKOUSKU

Domácí péče doplňuje léčebnou péči ošetřujících lékařů, praktických lékařů a ambulantních specialistů. Za ideální je považována nepřetržitá dostupnost domácí péče, tedy 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu, 365 dnů v roce (JAROŠOVÁ, 2007).

Domácí péče je v České republice formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče. O jejím rozsahu a frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta nebo ošetřující lékař z doby hospitalizace. Je vystaven poukaz na ošetření, tyto poukazy mají časově omezenou platnost. Potvrzení vydané ošetřujícím lékařem v době hospitalizace je platné 14 dnů. Potvrzení vydané praktickým lékařem má platnost tři měsíce (BÁRTLOVÁ, 2010).

V České republice jsou rozlišovány čtyři stupně závislosti. Podle stupně závislosti je určena výše příspěvku na péči, která má pomoci k úhradě sociální péče.

Domácí péče v Rakousku je poskytována podle zákona z roku 2007. Jeho platností došlo k změnám v živnostenském řádu a tím byl vytvořen právní základ pro 24hodinovou péči, která je poskytována pečovatelkou v domácnosti klienta. V Rakousku je zavedeno

sedm stupňů úrovně bezmocnosti a postižení. Pokud má klient 5 – 7 stupeň postižení, pokládá se 24hodinová péče za nevyhnutelnou. Posouzení nároků na příspěvek provádí posudkový lékař. Míra závislosti se neposuzuje podle úkonů, ale podle času, po který potřebuje osoba pomoc (SVOBODOVÁ, 2007).

1.13.4 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE A V RAKOUSKU

Základem pro financování zdravotního systému v České republice i v Rakousku je čerpání z povinného veřejného pojištění. Poskytovaná zdravotní péče je v České republice hrazena ze zdrojů povinného zdravotního pojištění. Plátcí zdravotního pojištění jsou stát, zaměstnavatelé a pojištěnci. Příspěvek na zdravotní pojištění se pohybuje ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Ze všeobecného zdravotního pojištění je částečně hrazena domácí péče, diagnostická, ambulantní a ústavní péče včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné, prevence, léčiva a prostředky zdravotnické techniky, doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů (JAROŠOVÁ, 2007).

Prostředky veřejného zdravotního pojištění jsou v Rakousku nejdůležitějším zdrojem financování. Příspěvek na zdravotní pojištění se pohybuje mezi 6,4 – 9,1 % ze základu stanoveného podle výše příjmů, přičemž polovinu hradí zaměstnavatel a druhou pojištěnec. Čerpání zdravotní péče je stejné pro každého, bez ohledu na jeho příjem. V Rakousku ze zdravotně sociálního pojištění jsou hrazeny domácí péče, dávky v nemoci a v mateřství, rehabilitace, primární zdravotní péče, léky a zdravotnická technika, zubní a nemocniční léčba, ochrana zdraví a prevence, lázně, diagnostika, převozní a cestovní náklady (PODNECKÝ, 2013).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O PACIENTKU S ROZTOROUŠENOU SKLERÓZOU

Ošetrovatelský proces byl zpracován u pacientky v domácí péči (Rakousko) během 7 dnů od 20.9. do 27.9. 2013. U pacientky jsem bydlela a ošetřovala jsem ji po celý den. Informace jsem čerpala z ošetrovatelské dokumentace, propouštěcích zpráv pacientky, anamnestického rozhovoru, pozorování pacientky, rozhovoru s praktickým lékařem a fyzioterapeutkou. Pro zpracování získaných informací byla použita všeobecná dokumentace Vysoké školy zdravotnické. Z problémů vycházejících z anamnézy byly zformulovány ošetrovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie 2.

2.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: WR

Datum narození: 1943

Pohlaví: žena

Zaměstnání: důchodce

Stav: vdova, 3 děti

Státní příslušnost: rakouská

Druh péče: 24 hodinová domácí péče

Medicínská diagnóza hlavní:

Skleróza multiplex s primárně chronickým progresivním průběhem

Medicínské diagnózy vedlejší:

Chronická bolest

Chronická zácpa

Vitální funkce:

TK: 120/60 Výška: 158cm
P: 73' Hmotnost: nezjišťována
D: 17 BMI: nelze zjistit
TT: 36,7 Pohyblivost: ležící
Stav vědomí: bdělé Krevní skupina: nezjišťováno

Nynější onemocnění:

V roce 1996 diagnostikována roztroušená skleróza. Od roku 1998 na invalidním vozíku, do rodiny dochází domácí péče 3x denně, v rámci domácnosti nutná lehká dopomoc. V roce 2005 nutná 24hodinová péče. Postupné zhoršování pohybu HK, pacientka v rámci lůžka soběstačná. V březnu 2011 dochází k poslední atace nemoci, pacientka je od té doby kompletně imobilní. Nyní je pacientka ležící, pouze komunikuje. Péči zajišťují zdravotní sestry.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientkou, rozhovor s rodinou, pozorování, fyzikální vyšetření sestrou, lékařská a ošetrovatelská dokumentace, rozhovor s lékařem.

2.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 86 letech, diagnózu pacientka nezná, Alzheimerova demence

Otec: zemřel v 65 letech na IM

Sourozenci: bratr 76let po CMP

Děti: tři, žádná závažná onemocnění

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: žádná další onemocnění

Hospitalizace a operace: únor 2012, gastrointestinální klinika z důvodu diagnostické gastroscopie

Úrazy: 2003 zlomenina krčku femuru

Transfúze: nezjištěno

Očkování: běžné povinné očkování

Tabulka č.1 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Gabapentin	Cps.	300mg	1-1-1-1	antiepileptika
Atarax	Tbl.	25mg	1-0-1-0	antidepresiva
Fentanyl Matrix	náplast	75	Každý 3. den	analgetikum
Esomeprazol	Tbl.	40mg	1-0-0-0	antiulceroz.
Novalgín	Tbl.	500mg	1-1-0-1	analgetikum
Paspertin	Gtt.		20-20-20-0	antiemetika
Novalgín	Gtt.		při bolesti 20 maximálně 2x denně	analgetikum
Calcium 3D	Cps.		1-0-0-0	minerální látky, vitamín
Dulcolax	Supp.		Každý 3. den	laxantiva
Microklist			Každý 3. den	laxantiva

Další: Baclofen pumpa

Doplňky stavý: NutriComp p.o, Maltodextrin p.o

Alergologická anamnéza:

Léky: pacientka neguje

Potraviny: citrusové plody, rajčata ve větším množství

Chemické látky: žádná alergie

Jiné: žádná další alergie

Abúzy:

Alkohol: ne

Kouření: ne

Káva: ne

Léky: ne

Jiné drogy: ne

Gynekologická anamnéza:

PM: nepamatuje si

Menopauza: v 48 letech

Potíže klimakteria: žádné závažné

Samovyšetřování prsou: ne

Poslední gynekologická prohlídka: 2011

Mamografie: 2013

Sociální anamnéza:

Stav: vdova již 25let

Bytové podmínky: RD ve společné domácnosti se synem

Vztahy, role a interakce v rodině: matka, hlava rodiny

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: minimální kontakt s okolím, jednou za 14dní přichází na návštěvu kamarádka

Záliby: sledování TV seriálů

Volnočasové aktivity: poslech rádia, krátký pobyt na terase, sledování TV

Vzdělání: střední bez maturity

Pracovní zařazení: poštovní doručovatelka

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: do invalidního v roce 1996

Vztahy na pracovišti: byly přátelské

Ekonomické podmínky: dostačující

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: věřící není, dodržuje místní zvyklosti

2.2.1 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 20.9.2013

Tabulka č.2 Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	<i>„Občas mívám ztuhlý krk a migrény.“</i>	Lebka normocefalická, bez známek traumatu, hlava lehce nakloněná na levou stranu, příušní žláza nezvětšená, spojivky růžové, skléry bílé, zornice okrouhlé izokorické, jazyk plazí ve střední čáře, jazyk růžový, rty bledé, nos a uši bez sekrece, protéza zubní - horní i dolní, krční páteř pohyblivá, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné.
Hrudník a dýchací systém:	<i>„Dýchá se mi dobře.“</i>	Hrudník symetrický, bez známek traumatu. Dýchání spontánní bez slyšitelných fenoménů, čisté sklípkové. Počet dechů 17' Prsy a prsní bradavky bez odchylek a výtoku.
Srdečně cévní systém:	<i>„Tlak jsem měla vždy dobrý. Otoky nohou mívám jen v létě při velkých vedrech.“</i>	Akce srdeční pravidelná, puls 76', TK 120/60mm/Hg, DK bez otoků, varixy nemá, lýtka pohmatově nebolestivá.
Břicho a GIT:	<i>„Někdy mám problém s polykáním, při jídle se pak často dávím a kašlu. Taký mám často zácpu.“</i>	Břicho souměrné, palpačně měkké, nebolestivé, kůže břicha hladká, beze změn. Na levé straně pod kůží se rýsuje Baclofen pumpa – kůže neporušená, klidná.
Močový a pohlavní systém:	<i>„Už asi 10 let mám katetr.“</i>	Genitál ženský, přiměřený věku. Zaveden PMK č.18 3den. Denně odvede 1800-2000ml. Moč čirá, bez příměsí a zápachu.

Kosterní a svalový systém:	<i>„Nemoc už mi nedovolí se hýbat“</i>	Pacientka je plně imobilní, pasivní poloha na lůžku nebo na invalidním vozíku, polohování á 2 hodiny, v noci á 6 hodin. V lůžku má ATD matraci. Šlachy - na levé horní končetině počínající kontraktury, klouby volně pohyblivé. Nutná pasivní RHB 4xdenně.
Nervový systém a smysly:	<i>„Vidím špatně, slyším dobře. Paměť mám myslím také dobrou. Bolesti poslední dobou nemám, bez léků jsou ale bolesti nesnesitelné. V nohou mám asi tak jednou denně křeč nebo záškuby, ale po pár minutách to přestává.“</i>	Pacientka při vědomí, klidná, orientovaná časem, místem a osobou. Potíže se sluchem nemá, horší artikulace, zrak je zhoršený, brýle nepoužívá. Spasmy DK a HK nejsou, viditelné svalové záškuby přibližně 1x denně.
Endokrinní systém:	<i>„Cukrovku nemám, se štítnou žlázou se také neléčím.“</i>	Bez projevů endokrinních změn. Štítná žláza nehmatná.
Imunologický systém:	<i>„Musím na sebe dávat pozor, hlavně nenastydnout nebo jinak onemocnět. Každé onemocnění mi zhoršuje MS.“</i>	Alergie na citrusové plody, lékové alergie nezjištěny. Lymfatické uzliny nezvětšeny.
Kůže a její adnexa:	<i>„Vždy jsem měla dost suchou kůži. Bolí mě na levé straně dekubit.“</i>	Kůže bledá, teplá, suchá, čistá. Kožní turgor v normě. Vlasy krátké, nehty udržované, kvalitní. Na HK petechie. Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Na hýždích jizvy po zhojených dekubitech: sacrální oblast 1x3cm – místo klidné rozhraní hýždí a stehen – pravá strana klidná, levá strana zatvrdlé místo na pohled klidné.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka je plně imobilní, zaujímá pasivní polohu. Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové 20b. Nutné polohování a RHB.

Tabulka č.3 Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	„Nemám chuť k jídlu, není mi dobře, po jídle mám nevolnosti. Nejráději jím polévky.“	Pacientka přijímá racionální, pestrou stravu. Jí pravidelně 3x denně velmi malé porce. Místo druhé večeře 100ml NutriCompu nebo v průběhu dne v čaji Maltodextrin jednu odměrku. Chuť k jídlu nemá, často si ztěžuje na nauzeu. Přibližně jednou za den pociťuje problémy při polykání – kašláním, dávením, kýcháním.
Příjem tekutin:	doma	„Žízeň mívám hlavně ráno a v noci. Myslím, že piji dost. Dříve jsem vypila denně šálek kávy, ale lékaři mi jí zakázali, kvůli žaludečním nevolnostem.“	Pacientka denně vypije přibližně 2litry vody nebo šípkového čaje. Preferuje oslazený čaj. Kávu nepije.
Vylučování moče:	doma	„Cévkou už mám několik let, pálení nebo řezání nemám, bolesti v podbříšku také ne“	PMK po výměně 3.den, odvádí denně 1800-2000ml čiré moči.
Vylučování stolice:	doma	„Se stolicí mívám velké problémy, trápí mě zácpa, souvisí to prý s MS, pomáhají mi čípky a Mikroclíst.“	Břicho na pohmat měkké nebolestivé, plyny odcházejí. Stolice jen s užitím podpůrných prostředků, každý třetí den.
Spánek a bdění:	doma	„Spím špatně, v noci mě budí bolest.“	Pacientka je často unavená, pospává i přes den. Před ulehnutím na lůžko užívá hypnotika již několik let. Ve 3 hodiny ráno jsou podávány Novalgin gtt proti bolesti.
Aktivita a odpočinek:	doma	„Dřív jsem se věnovala domácím pracím, hodně jsem šila a ráda jsem pracovala na zahradě. Teď už nemůžu dělat nic. Dopoledne odpočívám, odpoledne sleduji televizi.“	Pacienta poslouchá rádio, sleduje oblíbené TV seriály. Sestry jí předčítají noviny.

Hygiena:	doma	„Musí provádět sestra.“	Hygienu plně zajišťuje sestra podle přání pacientky. Každý 3. den se pacientka sprchuje. Jednou týdně umývání vlasů. Vlasy jsou česány po každém opouštění lůžka. Používá několik druhů krémů a mastí v péči o kůži. O kůži se pečuje pravidelně 3x denně.
Soběstačnost	doma	„Mám 24hodinovou péči, sama si neudělám nic.“	Pacientka je v současnosti zcela nesoběstačná. Veškeré denní činnosti vykonává sestra. Test Berthelové 0 – vysoká závislost.

Tabulka č.4 Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí:	„Někdy jsem hodně unavená a skoro celý den prospím.“	Pacientka je při vědomí, nyní bdělá. Přes den pospává.	
Orientace	Jmenuji se WR, jsem doma, dnes je 20. Září 2013“.	Pacientka je orientovaná místem, časem a osobou.	
Nálada:	„Dnes mám takovou normální náladu.“	Neprojevuje výkyvy nálad, vyrovnaná. Dlouhodobě užívá antidepressiva.	
Paměť:	staropaměť	„Nemám problémy si vybavit to, co bylo v minulosti.“	Zachována. Mini mental test nelze provést.
	novopaměť	„Pamatuji si důležité věci.“	Zhoršující se výbavnost.
Myšlení:	„Beru věci, tak jak jsou.“	Racionální.	
Temperament:	„Jsem spíše uzavřená.“	Pacientka se vnímá jako introvertní.	
Sebehodnocení:	„Nevím.“	Pacientka neví, jak by se měla hodnotit.	
Vnímání zdraví:	„Zdraví je to nejdůležitější.“	Zodpovědná, snaha o udržení zdraví.	
Vnímání zdravotního stavu:	„Není to dobré. Doufám, že už se nemoc nezhorší.“	Srozuměna se svým zdravotním stavem. Uvědomuje si závažnost onemocnění. Aktivně se snaží o zachování, nebo zlepšení stávajícího zdravotního stavu.	

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	„Už jsem nemocná dlouho, zvykla jsem si.“	Přiměřená.
Adaptace na onemocnění:	„Musela jsem se s nemocí naučit žít.“	Přiměřená.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Mám ráda svůj klid. Nejlépe, když jsem doma a vše je jak má být. Nemám ráda změny.“	Obavy a strach pociťuje pacientka při každé změně zdravotního stavu. Stres jí způsobuje např. návštěva lékaře nebo změna denního režimu.
Zkušenosti předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	„V lázních byla dobrá péče. V nemocnici na mě nemají čas.“	Negativní zkušenost má z poslední hospitalizace, kdy měla pocit, že na ní sestry mají málo času. Sorrorigenní poškození v roce 2003, kdy sestře (údajně opilé) spadla v koupelně a následně byla hospitalizována pro zlomeninu v krčku femuru.

Tabulka č.5 Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	„Špatně se mi vyjadřuje.“	Řeč je hůře artikulovaná Pacientka vyslovuje pomalu, rozumět jí je dobře.
	Neverbální	„Nevím.“	Při nevolnosti bolestivý výraz v tváři.
Informovanost:	o onemocnění	„Mám dost informací.“	Informovaná.
	o diagnostických metodách	„Lékaři mi vše vždy vysvětlí.“	Informovaná.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„Byla jsem informována sestrou.“	Informovaná.
	o léčbě a dietě	„Mám dost informací.“	Informovaná, léčbu i léčebný režim dodržuje.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	primární role (související s věkem a pohlavím):	„Žena, pacientka“	Žena 70 let.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Matka, babička, kamarádka“	Matka, babička, kamarádka.

	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Nevím“	Pacientka.
--	---	---------	------------

2.2.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Plánovaná vyšetření:

Kontrola na neurologické ambulanci: 4.11.2013

Kontrola u očního lékaře: 16.10.2013

Návštěva fyzioterapeutky: 26.9.2013

Medikamentózní léčba:

Gabapentin Tbl.	300mg	1-1-1-1
Atarax Tbl.	25mg	1-0-1-0
Esomeprazol Tbl.	40mg	1-0-0-0
Novalgin Tbl.	500mg	1-1-0-1
Paspertin Gtt.		20-20-20-0
Novalgin Gtt.	při bolesti 20 maximálně 2x denně	
Calcium 3D Cps.		1-0-0-0
Dulcolax Supp.		poslední aplikace 18.8. 2013
Microklist		poslední aplikace 18.8. 2013
Fentanyl Matrix náplast 75		poslední výměna: 19.9. 2013

2.2.3 SITUAČNÍ ANALÝZA:

70 letá žena v domácím ošetřování s 24 hodinovou péčí. Základní diagnóza je roztroušená skleróza diagnostikována v roce 1992.

Pacientka je zcela imobilní a nesoběstačná. Test dle Barthelové 0 - vysoká závislost. Denně několikrát posazována do invalidního vozíku, přesto většinu času tráví na lůžku. Dekubity má zhojené, jizvy po nich klidné. Nyní žádné poškození kůže nemá. Trpí chronickou bolestí, která je úspěšně zmírňována analgetiky. V době odběru anamnézy byla bez bolestí. Pacienta komunikuje, spolupracuje v rámci možností. Nemá chuť k jídlu, často pociťuje nauzeu, ale nezvrací. Při jídle si stěžuje na uvíznutí jídla v krku, kašle a

dává se. Při nedostatečném příjmu potravy pacientka užívá Maltodextrin 1 odměrku do sklenice vody, nebo NutriComb 200 ml. Pije dostatečně, pacientka preferuje čaj a čistou vodu bez bublinek. Tekutiny nezahuštěné. Kožní turgor má pacientka přiměřený. Problémy při příjmu tekutin nemá. Pacientka má zavedený PMK 3 den, který odvádí čistou moč bez příměsí. Nyní se vyprazdňuje pravidelně s užitím podpůrných prostředků. Je plně při vědomí, orientovaná místem, časem osobou. GSC 15. FF jsou v normě: 120/60, P 73', dech 17, afebrilní. Po psychické stránce se pacientka cítí dobře, s nemocí je vyrovnaná. Pacientka dlouhodobě užívá antidepresiva, momentálně nejeví známky deprese a úzkostí. Nálada pacientky je stabilní. Pacientka má každodenní kontakt s rodinou. Bydlí v rodinném domě se synem. Funguje tu úzká spolupráce s rodinným lékařem, léky jsou podávány dle jeho ordinací.

2.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Seřazení dle priorit pacientky podle NANDA taxonomie II

Aktuální diagnózy

00133 Chronická bolest

Doména 12:

Třída 1: tělesný komfort

Určující znaky: vyslovená stížnost, výraz v obličeji, změny spánku

Související faktory: neuromuskulární poškození

00103 Porucha polykání

Doména 12: Komfort

Třída1: Tělesný komfort

Určující znaky: pozorované známky potíží při polykání (kašlání, dušení), stížnost na uvíznutí sousta v jícnu, kašel pomalá konzumace jídla

Související faktory: zhoršení neuromuskulárních funkcí

00108 Deficit sebekpěče při koupání

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída5: Sebekpěče

Určující znaky: neschopnost umýt si tělo, neschopnost usušit si tělo

Související faktory: neuromuskulární poškození

Deficit sebekpěče při oblékání

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída5: Sebekpěče

Určující znaky: neschopnost obléknout si oblečení, neschopnost svléknout si oblečení

Související faktory: neuromuskulární poškození

00102 Deficit sebekpěče při stravování

Doména 4: aktivita/odpočinek

Třída 5: sebekpěče

Určující znaky: neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům

Související faktory: neuromuskulární poškození

00110 Deficit sebekpěče při vyprazdňování

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída5: Sebekpěče

Určující znaky: neschopnost přemístit se na toaletu, neschopnost sedět na toaletě

Související faktory: neuromuskulární poškození

00095 Nespavost

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída1: Spánek/odpočinek

Určující znaky: pacient uvádí aktuální nespokojenost se spánkem, pacient uvádí brzké probouzení se

Související faktory: častá zdřímnutí během dne, tělesný diskomfort

Potencionální diagnózy

00040 Riziko syndromu nepoužívání

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Rizikové faktory: ochrnutí

00015 Riziko zácpy

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Rizikové faktory: nedostatečná fyzická aktivita, snížená motilita gastrointestinálního traktu

00004 Riziko infekce

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Rizikové faktory: invazivní vstup (PMK)

2.3.1 PODROBNÉ ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce jsou podrobně rozpracováno pouze 4 ošetřovatelské diagnózy, které mají momentálně nejvyšší výpovědní hodnotu a jsou z hlediska ošetřovatelské péče pro pacienta nejdůležitější.

00133 Chronická bolest

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nebude mít žádnou bolest, do 3 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka nebude pociťovat bolest vyšší než 3 na hodnotící škále bolesti 0 - 10, do 1 dne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka umí vyjádřit intenzitu bolesti na hodnotící škále od 0 do 10, do 1 dne.
- Pacientka má přehled o dávce analgetik během dne, ví o možnosti zvýšení dávky p.o. analgetik při bolesti, do 1 dne.
- Pacientka spolupracuje při sledování účinnosti analgetik, do 1 dne.

Plán intervencí od 20.9. do 27.9. 2013

- Edukuj pacientku o používání 10 stupňové hodnotící škále, vysvětli její význam, všeobecná sestra, do 1 dne.
- Sleduj intenzitu a charakter bolesti za využití 10 stupňové hodnotící škály, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, 3 x denně.
- Posud' možnost patofyziologických nebo psychologických příčin bolesti, všeobecná sestra, při bolesti.
- Pozoruj projevy bolesti (výraz v obličeji, pocení, tachykardii, tachypnoe), všeobecná sestra, denně.
- Podávej a aplikuj analgetické léky dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, denně dle ordinace.
- Kontroluj dostatečné přilnutí analgetické náplasti ke kůži a její funkčnost, všeobecná sestra, 2x denně.
- Informuj pacientku o množství užitých analgetik během dne a o množství analgetik, které v případě bolesti může navíc užít, všeobecná sestra, 3 x denně.

Realizace od 20.9.2013 do 27.9.2013

Pacientka je seznámena s hodnotící škálou bolesti od 0 do 10 přičemž, 0 je žádná bolest a 10 maximální možná bolest. Zpětným dotazováním se přesvědčuji, že pacientka chápe význam hodnocení bolesti a umí při vyjádření bolesti používat hodnotící stupnici 0 až 10.

V průběhu dne 20.9. určila stupeň bolesti na 0 - žádná bolest. Denně při hygieně je kontrolována analgetická náplast, přiléhá těsně na kůži, nemá známky poškození. Analgetika jsou podávána dle rozpisu praktického lékaře. Pacientka je informována o možnosti bolusového užití analgetik.

Dne 21.9. udává pacientka v 8:00 bolest v DK dle hodnotící škály stupeň 2. Jsou podána analgetika Novalgin 20gtt p.o. V 9:15 pacientka udává zmírnění bolesti na stupeň 1, která v této intenzitě přetrvává až do odpoledních hodin. V 16:00 se bolest zvyšuje na stupeň 3 a pacientka vyžaduje navíc analgetika. Je jí podáno 20gtt Novalginu, cca po hodině dochází k zmírnění bolesti na stupeň 2. Průvodní známky bolesti - bolestivý výraz, opocení, tachykardie... nejsou pozorovány. V 18:00 a 21:00 pacientka užívá ordinovanou dávku analgetik. V 22:00 pacientka udává zmírnění bolesti na stupeň 1.

Dne 22.9. ve 03:00 ráno podána ordinovaná analgetika. Bolest nepřesahuje stupeň 1. Ráno si pacientka stěžuje na bolesti stupně 2, analgetika navíc odmítá. V 8:30 vyměňují Fentanyl náplast. Cca. 10 hodin je pacientka bez bolesti.

Dne 23.9., 24.9., 25.9. Podávány analgetika pravidelně dle ordinace. Při kontrole analgetické náplasti nezjištěn, žádný problém. Pacientka neudává žádnou bolest.

Dne 26.9. Ve 03:00 ráno udává pacientka bolest stupně 3. Podány analgetika dle ordinace lékaře. Ráno v 7hodin si pacientka stěžuje na stálou bolest, na hodnotící škále určenou jako stupeň 3. Podána analgetika dle ordinace do 8 hodiny nedochází k žádnému zlepšení, pacientka má bolestivý výraz v obličeji, podána bonusová analgetika. V 8:45 vyměněna analgetická náplast. V 10hodin pacientka udává stupeň bolesti 0 - tedy žádná bolest.

Dne 27.9. Pacientka je bez bolesti, analgetická náplast je v pořádku.

Hodnocení 27.9. 2013

Cíl krátkodobý splněn, cíl dlouhodobý nesplněn. Ošetrovatelské intervence dále pokračují.

Pacientka se naučila pro vyjadřování intenzity bolesti používat hodnotící škálu 0 - 10. Je informovaná o dávkách analgetik a má přehled jaké množství analgetik může užít navíc v případě bolesti. Spolupráce při hodnocení bolesti je velmi dobrá.

00103 Porucha polykání

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedošlo k aspiraci, po celou dobu ošetřování.

Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěnou dostatečnou hydrataci a výživu organismu, do týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má normální kožní turgor a přiměřenou vlhkost sliznic, do 1 dne.
- Pacientka je schopna přijímat potravu a tekutiny do 1 dne.
- Pacientka má zajištěný nejvhodnější způsob podání výživy, do 1 dne.

Plán intervencí od 20.9. do 27.9. 2013

- Posud' smyslové vnímání, pozornost, před podáním jídla, všeobecná sestra, při každém jídle.
- Zhodnot' dutinu ústní - stav sliznic, jazyka, nasazení protézy, všeobecná sestra, každý den aspirace, všeobecná sestra, každý den.
- Hledej individuální faktory zvyšující riziko, všeobecná sestra, každý den.
- Podávej jídlo takové konzistence, aby ho pacientka snadno spolkla, všeobecná sestra, při každém jídle.
- Připomínej pacientce, aby pomalu a důkladně žvýkala a soustředila se na polykání, všeobecná sestra, při podávání jídla, při každém jídle.
- Zajisti pacientce klid a dostatek času na jídlo, všeobecná sestra, při každém jídle.
- Při pití použij skleničku s brčkem, všeobecná sestra, vždy při nabízení tekutin.
- Sleduj případné zhoršování polykání pacientky, při přetrvávajících problémech kontaktuj praktického lékaře, všeobecná sestra, každý den
- Všechny problémy zapiš do ošetřovatelské dokumentace, všeobecná sestra, každý den.

Realizace od 20.9. do 27.9.2013

Pacientka byla při jídle plně bdělá. Při jídle jsem odstranila všechny rušivé podněty. Dotazy k pacientce jsem směřovala zásadně ve chvíli, kdy měla prázdnou dutinu ústní. Dne 22.9. Pacientka při obědě špatně polyká, kašle a dáví se. Jídlo musí být přerušeno. Pacientku jsem uložila do lůžka se zvýšenou horní částí těla. Po cca půlhodině se kašel zklidňuje, pacientce jsou nabízeny tekutiny. Pacientka si stěžuje na podráždění v krku.

Při večeři se situace opakuje, ke zlepšení dochází po více jak hodině. Pacientka se cítí unavená. Příjem tekutin během dne je dostatečný, místo druhé večeře jsem pacientce podala NutriComp 200ml. Dne 23.9. příjem jídla i tekutin bez obtíží.

Od 24.9. do 27.9. se přibližně jednou za den opakuje situace jako dne 22.9. Po domluvě s pacientkou je domluvena kontrola u praktického lékaře k prodiskutování stávající situace.

Hodnocení 27.9. 2013

Cíl krátkodobý nesplněn, cíl dlouhodobý splněn částečně. Pacientka má přiměřený kožní turgor, příjem tekutin je dostatečný. Příjem potravy je menší než nárok organismu.

00095 Nespavost

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka se cítí po probuzení odpočatě, do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: U pacientky došlo ke zlepšení spánku a odpočinku, do týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka usne do hodiny po uložení na lůžko, do 1 dne.
- Pacientka spí bez probuzení minimálně 5 hodin v kuse, do 1 dne.
- Pacientka nespí denně víc jak 30minut v kuse, do 1 dne.
- Pacientka se po probuzení cítí méně unavená, do 2 dnů.
- U pacientky nebudou projevy únavy z nevyspání, do 2 dnů.

Plán intervencí od 20.9. do 27.9. 2013

- Posuď příčiny a souvisejí faktory nespavosti, všeobecná sestra, do jednoho dne.
- Zajisti tiché a klidné prostředí v místnosti kde pacientka spí, všeobecná sestra, do jednoho dne.
- Zjistí spánkové rituály pacientky, všeobecná sestra, do jednoho dne.
- Dbej na úpravu lůžka před usnutím, na pocit pacientčina pohodlí, všeobecná sestra, denně.
- Ptej se po subjektivních pocitech pacientky (např. bolest, nepohodlí v lůžku, křeče), všeobecná sestra, každý den.
- Podávej analgetika dle ordinace hodinu před plánovaným usnutím, všeobecná

sestra, denně.

- Podávej hypnotika dle ordinace těsně před ulehnutím na lůžko, všeobecná sestra, denně.
- Aktivizuj pacientku v rámci jejích možností během dne, všeobecná sestra, denně.
- Dopřej pacientce jen přiměřený odpočinek/spánek během dne, všeobecná sestra, denně.
- Zaznamenej do dokumentace dobu spánku, subjektivní pocity pacientky i objektivní příznaky nevyspání, všeobecná sestra, denně.

Realizace od 20.9. do 27.9. 2013

Od první dne jsem po domluvě s pacientkou mírně změnila denní režim - odpolední odpočinek jsme zkrátily ze 2 hodin na 1 hodinu, dopolední odpočinek je zkrácen o 30minut a nahrazen konverzací nebo sledováním TV. Večerní rituály jsem prováděla podle přání pacientky - čištění zubů, osobní hygiena, očištění kůže na obličeji. Před uložením na lůžko jsem upravila prostěradlo a zkontrolovala funkčnost antidekubitní matrace. Vytvářela jsem místnost. Pomohla jsem pacientce zaujmout polohu jaká jí je příjemná. Uklidnila jsem jí v případě obav (zdali je kocour doma, jestli jsou zavřená všechna okna...). Před přáním dobré noci jsem se ptala, jestli pacientka nepocítuje bolest ani jiné fyzické nepohodlí, případně upravila lůžko. Ujistila jsem pacientku, že ve 3 hodiny ráno jí v případě potřeby podám analgetika.

Dne 22.9. pacientka se cítí ráno lépe, změna denního režimu jí vyhovuje a chce v něm pokračovat. Stížnosti na noční buzení přetrvávají, doba spánku se prodlužuje. Pacientka udává, že spala 4 hodiny v kuse, poté další 3 hodiny. Dne 27.9. Noční buzení stále přetrvává ale spíše v ranních hodinách. Od 22 do 3 hodin spí pacientka většinou bez přerušení. K ránu se budí dříve. Denní režim pacientce vyhovuje, nepocítuje zvýšení únavy.

Hodnocení 27.9. 2013

Cíl krátkodobý splněn. Cíl dlouhodobý splněn částečně. Intervence pokračují.

00040 Riziko syndromu nepoužívání

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka nemá porušenou integritu kůže a nejeví známky močové infekce, do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá známky svalových kontraktur, pacientka nemá otoky nebo bolesti v lýtkách, na hrudníku, do týdne.

Plán intervencí od 20.9. do 27.9. 2013

- Zajisti dostatečný příjem tekutin, všeobecná sestra, denně.
- Sleduj výdej a charakter moče, proved' zápis do dokumentace, všeobecná sestra, denně.
- Zajisti vhodnou stravu bohatou na bílkoviny, vlákninu, všeobecná sestra, denně.
- Udržuj kůži pacientky čistou a suchou, všeobecná sestra, denně.
- Prováděj pravidelné kontroly predilekčních míst, všeobecná sestry, 3x denně.
- Používej antidekubitní pomůcky, všeobecná sestra, stále.
- Prováděj denně vibrační masáž zad či masáže podporující dýchání, všeobecná sestra, denně.
- Aktivizuj nemocného, pomoz mu orientovat, všeobecná sestra, denně.
- Při změně polohy prováděj pohyb plynule, zabraň prudkým změnám polohy, všeobecná sestra, při každém polohování.
- Prováděj s pacientem kondiční cvičení a cvičení proti kontrakturám, všeobecná sestra, 3x denně.
- Sleduj celkové změny u pacientky, proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, denně.

Realizace od 20.9.2013 do 27.9.2013

Pacientce jsem aktivně nabízela tekutiny vždy průběžně během dne. Příklad příjem potravy nebyl dostačující, pacientce jsem ve dnech kdy jedla méně, přidávala do čaje Maltodextrin jednu odměrku, k druhé večeři dostávala Nutricomp 200ml p.o. Pacientka močila dostatečně, PMK odváděl čistou moč bez příměsí. Predilekční místa jsem pravidelně 2 x denně kontrolovala a promazávala. Pacientka s lůžku má funkční antidekubitní matraci, při polohování jsem využívala polohovací polštáře. Polohu pacientky jsem měnila přes den každé 2 - 3 hodiny. V noci jen v případě nutnosti jedenkrát. Před každým přesunem na invalidní vozík jsem procvičila klouby na dolních končetinách a levou horní končetinu v lokti, kde je zhoršen kloubní rozsah z důvodu kontraktur. Jednou denně jsem prováděla

s pacientkou pasivní i aktivní rehabilitační cvičení, masáž zad a šíje. Dne 26.9. jsem při pravidelné návštěvě fyzioterapeutky zkonzultovaly další postup rehabilitace.

Hodnocení 27.9. 2013

Cíl krátkodobý splněn, cíl dlouhodobý splněn. Z důvodu závažnosti stavu pacientky intervence pokračují.

2.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecnou sestru:

Poskytovat pacientovi praktické rady a být jim oporou.

Pomáhat pacientovi a jeho rodině, vyrovnat se se stresem, který je s onemocněním spojený.

Být pacientovi oporou, snažit se získat důvěru pacienta.

Jako profesionálové pomáhat pacientům s RS žít.

Při poskytování Ošetrovatelské péče být vždy trpělivá, empatická, ohleduplná.

Respektovat pacientovu osobnost, nahlížet na jeho potřeby holisticky.

Motivovat a podporovat pacienta.

Dále se vzdělávat v oblasti medicínské a ošetrovatelské péče o nemocné s tímto onemocněním.

Doporučení pro pacienta:

Prizpůsobit a dodržovat přiměřený denní režim, naplánování většiny aktivit podle své individuální kondice.

Pečovat o svojí fyzickou kondici, každý den provádět přiměřená kondiční či relaxační cvičení.

Vyhýbat se nadměrné námaze, vyčerpání, konfliktům, psychickým rozrušením.

Nikdy nepodceňovat únavu, nepřemáhat ji.

Dodržovat zásady správné životosprávy.

Nebát se hledat podporu v rodině, u přátel nebo psychologa.

Navázat kontakt s lidmi se stejným onemocněním.

Naučit se otevřeně hovořit o svých problémech se svými nejbližšími, psychologem, osobami se stejným onemocněním.

Doporučení pro rodinu:

Nevyřazovat pacienta ze společenského a rodinného života.

Podpora, aby pacient cítil, že je stále plnohodnotným a důležitým členem rodiny.

Pomáhat pacientovi v úkonech, které sám nezvládá ale zároveň podporovat soběstačnost pacienta.

Poskytnout oporu, pozitivně motivovat, chválit.

Nepřetěžovat pacienta.

Podle možností upravit domov, prostředí na bezpečné a přístupné.

ZÁVĚR

Roztroušená skleróza významně zasahuje do všech oblastí života pacientů. Ačkoliv díky moderním možnostem léčby se zlepšila prognóza, stále jde o nevyléčitelné onemocnění s mnohdy velice nepříjemnými příznaky.

Cílem bakalářské práce bylo seznámení se s problematikou roztroušené sklerózy. Tento cíl byl splněn. Cílem praktické části bakalářské práce bylo vypracovat individuální ošetrovatelský plán u pacientky s tímto onemocněním. Šlo o pacientku žijící v Rakousku, u které je nutná neustálá péče. Rakouský systém domácí péče umožňuje starat se o pacienty v jejich domácím prostředí i v těžkých fázích onemocnění. Plán péče vychází z osobních zkušeností s 24 hodinovou péčí u této pacientky. Pro sběr informací a jejich ucelení byla použita všeobecná dokumentace Vysoké školy zdravotnické. Pomocí NANDA taxonomie 2 byl vypracován ošetrovatelský proces: byly stanoveny ošetrovatelské cíle, plán péče, intervence a následná realizace. Cíl praktické části se dá považovat za splněný.

SEZNAM LITERATURY

BÁRTLOVÁ, S. et al.. 2010. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*.

Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-499-3.

HAVRDOVÁ, E.. 2005. *Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-734-5069-0.

HAVRDOVÁ, E., 2013. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta, , ISBN 978-80-204-3154-7.

HERDMAN, T., 2010. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009 – 2011*. Přel. P. Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-231

HLAVÁČEK, A., 2011: *Přínos lázeňské léčby pro pacienty s roztroušenou sklerózou* [online]. [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.roska.eu/clanky/prinos-lazenske-lecby-pro-pacienty-s-roztrousenou-sklerozou.html>

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2150-7.

KRATINOVÁ, E., 2011. Roztroušená skleróza mozkomíšní. *Sestra*. roč. 2011, č. 6. ISSN 1210-0404

MAREŠ, J., 2012. Neurologie pro praxi In: *Význam časně diagnostiky a terapie v životní perspektivě pacientů s roztroušenou sklerózou*. [online]. [cit. 2014-03-15]. č. 1 Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201205-0008_Vyznam_casne_diagnostiky_a_terapie_v_zivotni_perspektive_pacientu_s_roztrou

[usenou_sklerozou.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dmare%B9%26sfrom%3D0%26page%3D30](#)

NEJEDLÁ, M., 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, J. et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1135-5

PODNECKÝ, D., 2011. Rakousko. *České zdravotnické fórum* [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.czf.cz/clanek/znz-rakousko/>

STAŇKOVÁ, M., 2001. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-323-6

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

SEIDL, Z., J. ORENBERGER, 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha : Grada publishing. ISBN 80-247-0623-7

STANEČKA, Z., 2002. *Roztroušená skleróza a její ovlivnění fyzioterapeutem*. In: [Http://www.hc-vsetin.cz/](http://www.hc-vsetin.cz/) [online]. 2002 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: http://www.hc-vsetin.cz/ftk/semi/sta_neu.htm

TYRLÍKOVÁ, I. a M. BAREŠ. 2012 *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-402.

VACHOVÁ, M., 2008. Neurologie pro praxi In: *Symptomatická léčba roztroušené sklerózy*. č. 9. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200804-0007.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DI%E9%E8ba%20rs%26sfrom%3D0%26spage%3D30>

Vysoká škola zdravotnická, 2013. *Obecná ošetřovatelská dokumentace*. In: Vysoká škola zdravotnická [online]. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze 5, Duškova 7, Praha 5. [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/stud_mat/OPPA%203/obecna_OSE_dokumentace.pdf

VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012. *Hodnotící škály*. In: Multimediální тренаžér plánování ošetřovatelské péče [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [vid. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.asp>

WABERŽINEK, G., D. KRAJÍČKOVÁ, 2006. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4610-207.

PŘÍLOHY

- Příloha A - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce
- Příloha B - Některé formy průběhu RS
- Příloha C - Barthelův test všedních činností
- Příloha D - Glasgow Coma Scale
- Příloha E - Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Příloha A

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

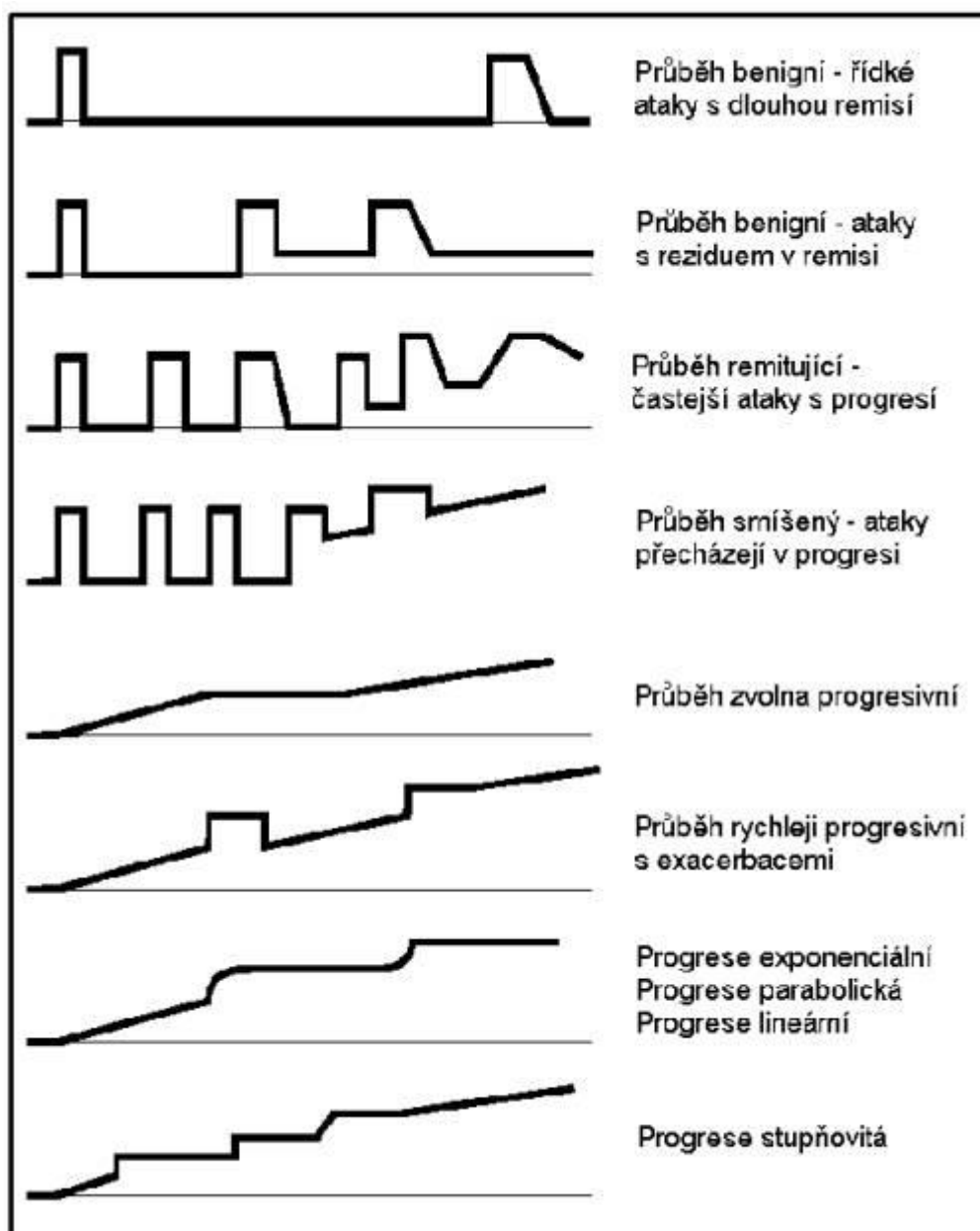
Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou v domácím ošetrování v Rakousku v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické,

o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 26.3.2014

.....
Jméno a příjmení studenta

Příloha B



obrázek č.2 - Některé formy průběhu RS (Šidlíková)

Příloha C

**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

Příloha D



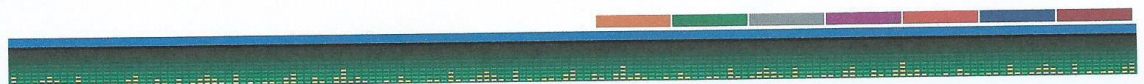
Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí		Počet bodů
spontánní		4
na výzvu		3
na bolestivý podnět		2
žádné		1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost		
orientován		5
dezorientován		4
zmatená a neodpovídající slovní reakce		3
nesrozumitelné zvuky		2
bez reakce		1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět		
vyhoví správně výzvě		6
cílená reakce na bolest		5
necílená reakce na bolest		4
flekční reakce na bolest		3
extenční reakce na bolest		2
bez reakce		1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma



Příloha E

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: **Celkové bodové hodnocení:** **Datum:**