

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ELENA LOPATIUC

Praha 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

Bakalářská práce

ELENA LOPATIUC

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová, RN

Praha 2014



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

Lopatiuc Elena
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerozou

Nursing Process for Patients with Multiple Sclerosis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ:

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala PhDr. Karolíně Moravcové RN za cenné rady, podněty, konzultace a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Děkuji MUDr. Blance Štorkové, PhD za možnost nahlédnout do zdravotnické dokumentace.

ABSTRAKT

LOPATIUC, Elena. *Ošetrovatelský proces u pacienta s roztroušenou sklerózou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová, RN. Praha. 2014, 58 s.

Zvolené téma bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného s roztroušenou sklerózou. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá problematikou roztroušené sklerózy, historií, etiologií, patogenezí, diagnózou, průběhem, prognózou a léčbou. Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u nemocného s roztroušenou sklerózou, který je zpracován dle Marjory Gordonové, charakteristikou ošetrovatelského procesu, stanovením ošetrovatelských diagnóz, plánováním, intervencí, realizací, vyhodnocením a celkovým zhodnocením ošetrovatelské péče.

Cílem práce je seznámit zdravotnický personál s problematikou roztroušené sklerózy a návodem pro praxi, jaké ošetrovatelské postupy zkvalitní život těchto nemocných.

Klíčová slova: Relabující-progresivní, Relaps, Relaps-remitentní, Roztroušená skleróza.

ABSTRACT

LOPATIUC, Elena. *Nursing care of patient with multiple sclerosis*. The College of Nursing (Vysoká škola zdravotnická), o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Karolína Moravcová RN. Prague. 2014, 58 pages.

The main theme of this thesis is *Nursing care of patient with multiple sclerosis*. The theoretical part deals with multiple sclerosis in general, its history, etiology, pathogenesis, diagnosis, progress, prognosis, and treatment. The practical part consists of a nursing process for a patient with multiple sclerosis, characteristics of the process, determination of the nursing diagnoses, planning, intervention, implementation, evaluation, and overall assessment of the nursing care. The nursing process is elaborated according to Marjora Gordon's work.

The objective of this thesis is to inform the medical staff about the MS problem domain and nursing care practice for patients' daily life improvement.

Keywords: Multiple sclerosis, Relapse, Relapsing remitting, Progressive relapsing.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	15
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA – SKLERÓZA MULTIPLEX.....	16
1.1 Historie nemoci roztroušená skleróza.....	16
1.2 Etiologie roztroušené sklerózy	18
1.2.1 Faktory dědičnosti	18
1.2.2 Infekční příčiny.....	19
1.2.3 Neinfekční rizikové faktory prostředí.....	19
1.3 Patogeneze roztroušené sklerózy	20
1.4 Klinické příznaky roztroušené sklerózy	21
1.5 Diagnóza roztroušené sklerózy.....	23
1.6 Průběh onemocnění roztroušená skleróza	25
1.7 Prognóza onemocnění roztroušená skleróza.....	26
1.8 Léčba roztroušené sklerózy	26
1.8.1 Kauzální léčba	27
1.8.2 Rehabilitace	28
1.8.3 Alternativní léčba	28
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	31
9.1 Posuzování.....	31
9.2 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové	34
9.3 Posouzení fyzického stavu ze dne 3. 2. 2014	37
9.4 Aktuální vyšetření a léčba	39
9.5 Situační analýza:.....	40

9.6 Plán ošetrovateľskej péče u sledovanej pacientky s roztroušenou sklerózou	41
9.6.1 Porušená pohyblivosť	41
9.6.2 Senzorické a percepčné poruchy.....	43
9.6.3 Únava	44
9.6.4 Porušený spánek.....	46
9.6.5 Reflexná inkontinencia moči	48
9.7 Edukácia	50
9.8 Doporučenie pre praxi.....	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56

SEZNAM ZKRATEK

CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
DK	dolní končetiny
EDSS	Kurtzkeho stupnice
Gd	gadolinium
HEB	hematoencefalitická bariéra
HK	horní končetiny
HLA	hlavní histokompatibilní komplex
IL	interleukin
INF	interferon
m.	sval
MR	magnetická rezonance
n.	nerv
NRS	Scrippssova stupnice
o.	oligonální
RBN	retrobulbární neuritis
RS	roztroušená skleróza
TGF	transformující růstový faktor
TNF	tumor nekrotizující faktor
VEP	zrakové evokované potenciály

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ataxie – neurologický symptom spočívající v poruše koordinace pohybů

Autoimunita - je stav, při kterém některá ze složek imunitního systému reaguje na struktury organismu vlastní, které tím zpravidla poškozuje.

Axon – dlouhý výběžek neuronu

Bulbus oculi – oční koule

Cytosiny - menší signální proteiny, účastníci se významně v imunitní odpovědi

Demyelinizace – rozpad myelinových pochev

Diabetes mellitus – cukrovka

Diplopie – zdvojení viděných předmětů

Diseminace – rozšíření, rozsev chorobných ložisek

Disociovaný nystagmus – kmitá-li jen jedno oko nebo každé oko jiným směrem

Enhancující – používá se, pokud v nějaké tkáni nebo orgánu dochází ke zvýšené kumulaci kontrastní látky

Etiopatogeneze - soubor příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku a rozvoji nemoci

Facialis – lícní nerv

Hematoencefalitická bariéra - označení pro bariéru, která odděluje vnitřní prostředí mozku od cévního systému v těle a umožňuje jen omezený transport látek mezi mozkovou tkání a krví

Hemiparéza – částečné ochrnutí jedné poloviny těla

Hypestezie – snížená citlivost

Chronický – dlouhotrvající, vleklý

Interleukiny - jsou skupinou cytokinů, které se podílejí na regulaci imunitních dějů

Lymfocyt – typ bílé krvinky

Monoparéza – částečné ochrnutí jedné končetiny

Myelin – izolační látka, která urychluje vedení nervového vzruchu a zabraňuje jeho přenosu na okolní vlákna a struktury

N. optikus – zrakový nerv

Neuron - nervová buňka

Nystagmus – mimovolné trhavé pohyby očí

Oligoklonální proužky - jsou pásy imunoglobulinů, které je možné vidět při analýze pacientova krevního séra, získaného z krevní plazmy, či mozkomíšního moku.

Paleocerebalární syndrom – nejistý stoj, chůze má kymácvý charakter

Periventrikulární – v okolí komory mozkové, srdeční

Primárně progresivní RS – stálý růst invalidity bez atak

Progredující – postupující

Relabující progresivní RS – stálé zhoršování, po atakách nedochází k žádnému nebo pouze k malému zlepšení

Relaps-remitentní RS – nepředvídatelné ataky, po kterých nastává částečná nebo úplná remise

Retrobulbární neuritis – zánět zrakového nervu

Sekundárně progresivní RS – původně remitentně-relabující RS, která se náhle začne zhoršovat bez období remise

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

Spinální – páteřní

T lymfocyt (T-buňka) – druh bílých krvinek, jsou podstatou získané buněčné imunity, při níž potírají například nádorové buňky nebo buňky napadené virem

Tremor – neúmyslný, rytmický svalový pohyb

Trigeminus – trojklanný nerv

Zdroj: Vokurka, 2010

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Revidovaná McDonaldova kritéria z roku 2005	23
Tabulka 2 – Kurtzkeho stupnice postižení.....	29
Tabulka 3 - Užívání léků	39

ÚVOD

Roztroušená skleróza (dále jen RS), latinsky sclerosis multiplex, je chronický autoimunitní zánět, při kterém lidský imunitní systém napadá centrální nervovou soustavu (CNS). Způsobuje demyelinizaci (rozpad myelinových pochev). Ubývá také axonů – dlouhých výběžků na neuronu. Nemoc postihuje nejvíce mladé dospělé (od 20 do 40 let) a její výskyt je častější u žen (přibližně v poměru 2:1). Onemocnění je to poměrně časté, tvoří 1 promile příčin smrti. Do 10 let a nad 55 let je záchyt první ataky vzácný. Její prevalence se pohybuje v rozmezí od 2 do 150 pacientů na 100 000 obyvatel. V České republice je prevalence RS 30 a více nemocných na 100 000 obyvatel. Epidemiologické a migrační studie prokázaly až osminásobný nárůst prevalence s nárůstem vzdálenosti od rovníku (HAVRDOVÁ, 2000).

RS ovlivňuje schopnost nervových buněk (neuronů) v mozku a míše spolu vzájemně komunikovat. Nervové buňky jsou spojeny nervovými vlákny – dendrity a axony (obalenými myelinovou vrstvou), pomocí nichž jsou vedeny vzruchy. Myelin, tvořený oligodendrocyty nebo Schwannovými buňkami, izolační látkou, která významně urychluje vedení nervového vzruchu, vyživuje a podporuje neurony a zabraňuje přenosu vzruchu na okolní vlákna a struktury. Při RS napadá imunitní systém myelin (směs lipoproteinů), díky čemuž axony již nemohou účinně přenášet nervové vzruchy. Slovo skleróza (z řeckého skleros) znamená ztuhnutí. Při RS vznikají zatuhlé jizvičky v místech zánětlivých ložisek (plaků či lézí) po odeznění zánětu. Protože RS může vytvořit více ložisek, je nazývána roztroušenou. Příčina onemocnění není známa (COMPSTON, 2002).

RS dělíme na čtyři základní formy nemoci: **relaps-remitentní** (příznaky se objeví a pak zmizí, částečně nebo úplně), **sekundárně progresivní**, (též chronicko-progresivní; obvykle následuje po remitentní formě, v některých případech se nemoc v tuto formu nevyvine; nastupuje po vyčerpání regenerační schopnosti organismu), **primárně progresivní** (pozvolná progresie obtíží a invalidity od počátku onemocnění bez jakýchkoliv nebo minimálních remisí a zlepšení), **relabující-progresivní** (od počátku progresivní, po atakách nedochází k žádnému nebo minimálnímu zlepšení, každý relaps zanechává trvalé neurologické poškození).

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA – SKLERÓZA MULTIPLEX

Roztroušená skleróza (RS) je autoimunitní onemocnění, chronický zánět, týkající se centrálního nervového systému (CNS). Díky ohromnému pokroku v imunologii, srovnávání klinických příznaků a sekčních patologických nálezů se nám naskýtá bližší pohled na toto onemocnění.

1.1 Historie nemoci roztroušená skleróza

První náznak RS můžeme nalézt v Nizozemí ve 14. století u svaté Lidwiny ze Schiedamu. Její chorobě se připisují projevy RS, jako např. přechodná ztráta zraku, přechodné poruchy hybnosti, citlivosti. O něco jistěji se připisuje RS Augustu d'Este, bratranci britské královny Viktorie, žijícímu na přelomu 18. a 19. století. Jeho deník a dopisy zaznamenávají postup příznaků od zrakových (ztráta zraku s následnou plnou úpravou) a sfinkterových až k potácivé chůzi a pokročilému ochrnutí.

V roce 1828 znázornil londýnský patolog Robert Hooper v atlasu míšní sklerotická ložiska.

První odborný popis pochází od dvou patologických anatomů z Paříže. Profesor Jean Cruveilhier vydal v roce 1838 druhý díl anatomického atlasu, v němž vylíčil u 31leté ženy obrnu dolních končetin a třes. Jiný případ 54leté pacientky doložil vyobrazením a charakterizoval jej jako sklerózu „skvrnitou a ostrůvkovitou“. Skot Robert Carswell strávil v Paříži tři roky a jeho kreslíř zde pořídil, mimo jiné, v roce 1838 ložiska v bílé hmotě míchy, tvarem nepravidelná, barvy žlutavě hnědé, hladké a sklovité, velikosti 0,6 až 1,2 cm.

V roce 1849 je již známo, že spinální skleróza vyhledává více mladé lidi, mívá kolísavý a remitentní průběh a že postihuje hybnost asymetricky a více než citlivost (WEINSHENKER, 1994).

Roztroušenou sklerózu popsal v roce 1868 jako samostatnou chorobu francouzský neurolog Jean-Martin Charcot (1825 – 1893). Po shrnutí dřívějších nálezů

a doplnění svých vlastních klinických a patologických pozorování Charcot nemoc nazval sclerose en plaques (francouzsky roztroušená skleróza). Tři základní příznaky RS, známé též pod souhrnným označením Charcotova trias, jsou nystagmus, intenční třes a skandovaná řeč (nejsou však výlučně typické pro RS). Charcot rovněž u pacientů pozoroval kognitivní změny a podle něj měli „výrazné oslabení paměti“ a „pomalu vznikající představy.“ Charcot také jako první začal předpokládat, že axony zbavené myelinu v místech lézí mají vliv na vedení nervového impulzu, který se stává nepravidelným a vede k oscilaci narušující průběh volního pohybu. (Skutečné objasnění přišlo až v 60. letech 20. století. (HAVRDOVÁ, 2013). Po Charcotově charakterizování RS popsali zvláštní případy nemoci Eugène Devic (1858 – 1930), József Baló (1895 – 1979), Paul Ferdinand Schilder (1886 – 1940) a Otto Marburg (1874 – 1948). Charcotovi žáci pokračovali v jeho práci a postupně popsali histologii časný léze s interakcí makrofágů a demyelinizovaných axonů, typické znaky ataktické chůze u RS, rozdíl mezi spastickou a ataktickou chůzí, sfinkterové a okohybné poruchy u RS.

Německý patolog Georg Eduard von Rindfleisch (1836 – 1908) popsal v roce 1863 RS jako chronický zánětlivý proces se třemi základními rysy- alterací cév, ztrátou myelinu se zachováním axonů a jizevnatou proměnou postižené tkáně.

Koncem 19. století byly publikovány případy RS u dětí.

V první polovině dvacátého století umožnil pokrok v imunologii a genetice relativně cílený výzkum (stále neexistují řízené a kontrolované pokusy), díky němuž byla např. vytvořena MS-like (RS podobná) zvířecí choroba EAE (experimentální alergická encefalomyelitida), na níž mohli vědci zkoumat průběh demyelinizace a schopnosti různých látek tuto nemoc léčit.

Zavedení evokovaných potenciálů do klinické praxe Martinem Hallidayem a Ianem McDonaudem v roce 1972 ukázalo dynamiku postižení optického nervu a umožnilo pochopit rychlé uzdravení z některých demyelinizačních atak.

Začátkem 70. let byla zavedena izoelektrická fokusace – metoda pro detekci oligoklonálních pruhů.

V polovině osmdesátých let byla mezi vyšetřovací metody zavedena magnetická rezonance (MRI), která dokáže zobrazit i ložiska, která CT scan nezachytí. V roce 1984

vznikla teorie tzv. molekulárních mimiker. V roce 1989 lékaři popsali vliv interferonů na reakce imunitního systému. V devadesátých letech byly dokončeny některé výzkumy, které prokázaly schopnosti některých léků zpomalovat průběh RS.

1.2 Etiologie roztroušené sklerózy

Příčina onemocnění není dosud známa. Epidemiologické studie RS poskytly náznaky možných příčin onemocnění. Původ RS je viděn ve sloučení dědičných a environmentálních činitelů.

1.2.1 Faktory dědičnosti

RS není považována za přímo dědičné onemocnění. Existuje řada genetických variací, které prokazatelně zvyšují riziko vzniku onemocnění.

Výsledkem molekulárně biologických výzkumů je poznatek, že některé konkrétní geny, respektive jejich formy, představují rizikový faktor pro rozvoj RS. Riziko vzniku RS zvyšují například změny v systému hlavního histokompatibilního komplexu (HLA), souboru genů na chromozomu 6, který slouží ke komunikaci, jednak mezi buňkami imunitního systému navzájem a jednak ke komunikaci s buňkami ostatních orgánů. s RS jsou spojovány varianty dvou dalších genů, konkrétně IL2RA (funkce apoptózy, imunitní odpovědi a cytokinového receptoru) a IL7RA (funkce přežívání buněk, imunitní odpovědi, apoptózy, vývoje lymfocytů, aktivace lymfocytů, cytokinového receptoru), podjednotky receptorů pro interleukin-2 a interleukin-7. HLA proteiny se podílejí na prezentaci antigenu buňkám imunitního systému, jsou tedy klíčové pro fungování imunitního systému jako celku. Mutace v genech receptorů pro signální molekuly (interleukiny) IL2 a IL7 jsou známé tím, že jsou asociovány s výskytem autoimunitních onemocnění jako např. diabetes mellitus I. typu. Tyto poznatky podporují tvrzení, že RS je autoimunitním onemocněním.

Gen kódující kinezin KIF1B je prvním genem exprimovaným v neuronech, u něhož bylo prokázáno, že zvyšuje riziko onemocnění. Další studie spojují s RS geny chromozomu 5 (SVEJGAARD, 2008).

Genetické faktory pro rozvoj RS zůstávají z 76 % neprobádány (EVIDENCE, 2010).

1.2.2 Infekční příčiny

Na vzniku RS se mohou podílet běžné infekce. V mozku a mozkomíšním moku většiny pacientů s RS lze prokázat přítomnost oligoklonálních proužků (též o. pruhů či o. pásů). Potenciální skupinou virů spojovaných s RS jsou lidské herpes viry; v mozkomíšním moku pacientů s RS byla nalezena vysoká úroveň viru Varicella zoster (původce planých neštovic) a také viry příušnic a zarděnek. Nejsilnější a nejlépe potvrzeným důkazem je zjištění, že osoby, které nebyly nikdy nakaženy virem Epstein-Barrové, mají snížené riziko onemocnění, společně s korelací jeho markerů a aktivity onemocnění. Mezi další patogeny spojované s RS, patří endogenní retroviry a Chlamydomphila pneumoniae (GILDEN, 2005).

1.2.3 Neinfekční rizikové faktory prostředí

Vyšší riziko RS je u lidí, kteří žijí dále od rovníku (onemocnění se vyskytuje především na severní polokouli, nejvíce v oblastech kolem 40. rovnoběžky), u lidí s menším vystavením slunečnímu záření, čímž dochází ke snížené produkci a příjmu vitamínu D. Také změna životního stylu vedla v posledních desetiletích k poklesu hladiny vitamínu D. Toto snížení ovlivňuje vývoj kostí, což vede k nezajištění fyziologické modulace imunitní soustavy. Dostatečné množství vitamínu D zlepšuje nespecifickou imunitu. Reguluje specifickou imunitní odpověď, funguje jako imunomodulátor. Zasahuje do vyzrání lymfocytů a tlumí poškozující zánět u nemocných s RS.

Rizikovým faktorem může být i těžký stres, ačkoliv důkazy pro tuto teorii jsou slabé. Jako nezávislý rizikový faktor pro rozvoj RS bylo prokázáno kouření. Riziko RS je výrazně vyšší u absolutních nekuřáků, kteří byli vystaveni pasivnímu kouření, oproti nekuřákům, kteří pasivnímu kouření vystaveni nebyli (HEDSTROM, 2011). Za příčinné faktory rozvoje RS byla považována očkování; většina studií nicméně mezi RS a očkováním neprokázala žádnou spojitost (ASCHERIO, 2007).

1.3 Patogeneze roztroušené sklerózy

Typickým projevem RS jsou léze, které je možné detekovat v některých částech mozku, a dále zánětlivý autoimunní proces způsobený reakcí bílých krvinek na přítomnost myelinu.

RS vytváří v nervové soustavě léze neboli plaky (sklerózy, jizvy). Tuhá, šedohnědá, od okolí ostře ohraničená ložiska. Dosahují rozměrů od 1 milimetru až po několik centimetrů. Léze vytvářené RS nejčastěji zahrnují oblasti bílé hmoty v blízkosti komor mozečku, mozkového kmene, bazálních ganglií, míchy a zrakového nervu, mohou být i v šedé hmotě. Funkcí buněk bílé hmoty je přenášet signály mezi oblastmi šedé hmoty, kde probíhá zpracování, a zbytkem těla. V periferní nervové soustavě se léze vyskytují jen zřídka.

Autoagresivní T-lymfocyty jsou v malém množství v periférii každého. Teprve po aktivaci tyto lymfocyty přestoupí přes hematoencefalitickou bariéru (HEB) do CNS, kde i dále produkují prozánětlivé cytosiny a vytvoří aktivní ložisko zánětu s edémem a vazodilatací za přítomnosti makrofágů a B buněk z periferní krve. Spouštěvé mechanismy aktivace nejsou známy.

„Na MR je patrná plaka, která se po intravenózní aplikaci Gd (gadolinium) barví (tzv. aktivní enhancující plaka). T buňka, resp. její subpopulace Th1 poté, co najde antigen, vytváří látky podporující zánět interleukin 2 (IL-2) interferon gama (INF-gama) a tumor nekrotizující faktor beta (TNF-beta). B buňka se přitom transformuje v plazmatickou a zahájí tvorbu protilátek. Protilátky proti myelinu navázané na makrofágy spolu s cytosiny, působí nejdříve rozpad myelinu a poškození oligodendroglie, posléze i narušení až ztrátu axonu. Zpočátku neporušená oligodendroglie demyelinizací obnovuje funkci axonů, což vysvětluje remisi choroby. Přerušení axonů je porucha nezvratná, vzniklý deficit se již neupraví. Fáze uzdravování z ataku provází přítomnost odlišných cytosinů, produkovaných Th2 subpopulací T lymfocytů – tzv. IL-4, IL-6, IL-10 a transformující růstový faktor beta (TGF-beta)“ (SEIDL, 2004, str. 266).

1.4 Klinické příznaky roztroušené sklerózy

Pro RS jsou typické neurologické příznaky s více ložisky v bílé hmotě mozku a míchy progredující v čase. Největší postižení je pravidelně symetricky umístěno v bílé hmotě podél obou postranních mozkových komor, v optických nervech, kmeni a míše. Často i rozsáhlá periventrikulární lokalizace plak v bílé hmotě může být zcela bez klinické odezvy, zatímco i malé ložisko v průběhu motorické či senzitivní dráhy, např. v kmeni, mění klinický nálezn (SEIDL, 2004).

Na počátku onemocnění bývají obtíže často značně nespecifické – únava, pobolívání hlavy, depresivita, bolesti v končetinách považované za neurastenické až neurotické.

Ze specifických příznaků se jako první obvykle objeví parestezie. Nemocný jim nepřikládá význam, protože spontánně odezní.

„Retrobulbární neuritis (RBN) patří k častému postižení zrakové dráhy plakou v úseku n. optikus. Subjektivní mlhavé vidění a bolest při pohybu bulbů (z dráždění dury kolem n. II) provází při očním vyšetření subakutní pokles zrakové ostrosti, centrální skotom, na fundu podle vzdálenosti plaky od papily normální nálezn až papilitis (až v 50 % případů) při edému n. II. Zrakové evokované potenciály (VEP) ukazují prodloužení latencí. Po kortikoidech je rychlejší ústup poruchy zraku i bolesti. Pokud subjektivně i v pomocných vyšetřeních chybí reparace ještě po 2-3 týdnech, provádí se CT nebo MR vyšetření k vyloučení tumoru. Trvalým reziduem po proběhlé RBN je temporální nablednutí papily na očním pozadí. Zrak se vrací u 90 % nemocných k normě. Příznaky se mohou přechodně objevit po horké koupeli nebo fyzické námaze – Uhthoffův fenomén. Nemocný změny v průběhu zrakové dráhy nemusí subjektivně registrovat, přesto jsou zjevné změny na očním pozadí i VEP. Význam RBN spočívá v tom, že 15 let od proběhlé RBN onemocnělo RS 40 % z nich“ (SEIDL, 2004, str. 267).

Mohou se objevit senzitivní poruchy, jako například poruchy kožní citlivosti, bolest – epizodická i chronická, ztráta polohocitu, poruchy taktilního čítí, ztráta vibračního čítí.

Poruchy motoriky jsou centrální spastické monoparézy, spastická paraparéza DK bývá z cervikální oblasti. Výraznou spasticitu provázejí kontraktury atrofie z nečinnosti a bolestivé noční spazmy. Postižení HK je spíše pozdní. Dráhy pro DK mají delší průběh a jsou proto snáze zranitelné. Hemiparéza je u RS méně častá. Ani obraz plně vyvinuté léze dolního motoneuronu není u RS vyloučen – např. plaka v intumescenci v bílé hmotě v okolí předního rohu míšního.

Mozečkové příznaky se vyznačují poruchou pohybové souhry, častý je intenční třes před dosažením cíle pohybu a skandovaná řeč. Pozitivní je zkouška na malou i velkou asyngii, nejistota stoje a chůze má kymácivý charakter (paleocerebelární syndrom).

Kmenové příznaky se manifestují prostřednictvím mozkových nervů. Při oslabení okohybných svalů dochází k nedotahování bulbu ke straně, k zašilhávání, viděné předměty se zdvojují - diplopie. Nystagmus lze pozorovat jako mimovolné trhavé pohyby očí, jejich kmitání při krajním bočním, ale někdy i při přímém pohledu. Bývá často disociovaný – kmitá-li jen jedno oko nebo každé oko jiným směrem. Lidé toto vnímají jako skákající viděný obraz. U mladých osob bývá považován za charakteristický pro RS. Nystagmus je vždy ložiskový příznak.

Trojklaný nerv (trigeminus) se může ozvat neuralgickou bolestí, převážně jednostranně, obvykle jedné nebo dvou větví, zřídka všech tří.

Lící nerv (facialis) se týká obličejových svalů. Souvisí s tím asymetrie při obličejových grimasách, poklesnutí koutku úst, nedaří se foukat a pískat, zhoršuje se artikulace. Může se snižovat obočí, nedovírat oko, které následně více slzí.

Poruchy svěračů často souvisejí úzce s hybností DK. U močového traktu se projevují naléhavým nutkáním, pocitem stálého napětí měchýře, zpomalováním a přerušováním toku, odkapáváním, až inkontinencí. U mladých osob může být retence moči vůbec první příznak. Důsledkem může být uroinfekce. Stolice bývá nepravidelná často se přidruží zácpa.

Poruchy sexuální jdou spolu s močovými. Postihují dvakrát méně ženy, kde je v popředí zvýšené napětí adduktorů, hypestezie genitálií a nemožnost orgasmu. U mužů se projevuje erektilní dysfunkcí a předčasnou ejakulací, která později zcela chybí.

Únava je vůbec nejčastější příznak RS, její objektivizace je sporná a jako příznak vysoce nespecifická. Dostavuje se i bez patrné příčiny, náhle a nezvládnutelně. Přidružují se pocity neobratnosti, necitlivosti, nepřesnosti, obavy z výsledku. Břišní reflexy, jako další nespecifický příznak, vyhasínají u RS velmi brzy. K častým poruchám autonomního nervového systému patří poruchy spánku.

Z poruch nálady převládá deprese nad euforií. Dále se u nemocných s RS může objevit bipolární afektivní porucha, úzkostné poruchy, porucha emoční exprese, psychóza, zhoršení kognitivních funkcí.

1.5 Diagnóza roztroušené sklerózy

Roztroušená skleróza může být obtížně diagnostikována, protože neexistuje žádný specifický test, který by jednoznačně potvrdil RS. Lékařské organizace vytvořily diagnostická kritéria, která mají usnadnit a standardizovat diagnostický proces. Diagnostický proces představuje koncentraci klinických i paraklinických dat. Historicky byla pro diagnostiku RS používána Schumacherova a Poserova kritéria. Od roku 2001 se používají McDonaldova kritéria, která se zaměřují na prokázání diseminace RS lézí v prostoru a čase za pomoci klinických, laboratorních a radiologických dat.

Tabulka 1- Revidovaná McDonaldova kritéria z roku 2005

KLIENŤSKÝ OBRAZ		DALŠÍ POTŘEBNÉ KROKY K URČENÍ DIAGNÓZY
KLINICKÉ ATAKY	OBJEKTIVNÍ LÉZE	
2 nebo více	2 nebo více	žádné, klinická symptomatika je dostačující
2 nebo více	1	<ul style="list-style-type: none"> • Diseminace v prostoru pomocí MR mozku nebo • 2 či více lézí na MR mozku kompatibilních s RS a pozitivní CSF (cerebrospinal fluid) nebo • další klinická ataka z jiné lokalizace

1	2 nebo více	<ul style="list-style-type: none"> • Diseminace v čase na MR mozku nebo • druhá klinická ataka
1 (monosymptom atická)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Diseminace v prostoru podle MR mozku nebo • či více lézí na MR mozku kompatibilních s RS a pozitivní CSF a diseminace v čase pomocí MR mozku nebo • další klinická ataka z jiné lokalizace
0 (progrese od počátku)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Progrese nemoci po 1 rok (retrospektivně či prospektivně) a nejméně 2 z 3 následujících: • pozitivní MR mozku (9 nebo více T2 vážených lézí nebo 4 či více T2 vážených lézí s pozitivními VEP) • pozitivní MR míchy (2 nebo více fokálních T2 lézí) • pozitivní CSF

Zdroj: HAVRDOVÁ, 2013, str. 168

Diagnóza nemůže být stanovena dříve, nežli jsou ostatní možné příčiny symptomů vyloučeny diferenciální diagnózou.

Mezi nejčastěji používané diagnostické nástroje patří magnetická rezonance (MR), analýza mozkomíšního moku a evokované potenciály. Magnetická rezonance mozku a páteře zobrazí oblasti, kde proběhla demyelinizace (léze či plaky). Pro zvýraznění aktivních lézí může být nitrožilně podána kontrastní látka gadolinium.

Vyšetření mozkomíšního moku (CFS) získaného lumbální punkcí může poskytnout důkaz chronického zánětu centrální nervové soustavy (CNS). U mozkomíšního moku je testována přítomnost oligoklonálních proužků. V mozkomíšním moku (likvoru) se nachází zmnožení imunoglobulinů s aktivací buněk. Dále se používá test sérových autoprotilátek.

Nervový systém pacientů s RS často kvůli demyelinizaci reaguje pomaleji až vůbec na stimulaci očního nervu a smyslových nervů, případně drah vedoucích citlivost z horních i dolních končetin. Tyto odpovědi nervového systému mohou být posouzeny pomocí vizuálních evokovaných potenciálů a senzorických evokovaných potenciálů. Evokované potenciály sledují integritu celého nervového systému od periferie do centra nervového systému. Jsou vysoce citlivé při odkrývání klinicky němých lézí. Lze je použít také pro zhodnocení průběhu onemocnění nebo k monitorování terapeutického efektu.

1.6 Průběh onemocnění roztroušená skleróza

První ataka RS se častěji objeví po infektu, porodu, psychickém nebo fyzickém stresu, poranění či chirurgickém zákroku. Často se ale objeví i bez zjevného vyvolávajícího momentu. Obvykle po 1. atace následuje remise. Nemocný se subjektivně cítí zdrav, klinické vyšetření je také zcela normální. Další ataka může přijít záhy, za 10 let či nikdy. V průměru se objeví za 2 roky. Čím méně takových atak a remisí proběhne v 1. roce choroby, tím je prognóza do budoucna příznivější. Tento průběh remitentní RS má v začátku 70 % nemocných. Trvá, dokud morfologické systémy nevyčerpají svoji funkční rezervu.

Se spotřebovanou funkční rezervou se průběh mění. Po atace sice nastane zlepšení, ale zanechá již abnormální neurologický nález (deficit), který se remisí po každé další atace prohloubí, nález progreduje. Průběh choroby se mění v relabující progredující RS.

V pozdějších stadiích RS relapsů ubývá, choroba se stává chronicky progresivní. Protože předcházela vývoj od průběhu remitentního přes relabující progredující, nazýváme tuto formu sekundárně chronicky progresivní RS.

Od počátku pod obrazem chronické progresy probíhá 10 % RS. Tato primární chronická progresivní RS se odlišuje od ostatních forem RS výrazně malou zánětlivou složkou, s níž souvisí jen malá odpověď na současné možnosti léčby. Časný zánik oligodendroglie vysvětluje rychlou ztrátu axonů. Její důsledek je progresivně narůstající neurologický deficit.

Existují i primární progresivní formy, kde remise nejsou patrné a nemocný po několika měsících až rocích umírá. Zde je mnohem výraznější postižení oligodendroglie (SEIDL, 2004).

1.7 Prognóza onemocnění roztroušená skleróza

„Prognóza pro osoby s roztroušenou sklerózou závisí na formě RS, pohlaví, věku, rase, průvodních symptomech a stupni invalidity. Statistiky ukazují, že po 25 letech od zjištění RS přežívá 75 % nemocných, z toho jsou 2/3 léčeny ambulantně.

Střední délka života pacientů s RS je zejména v posledních letech prakticky stejná jako u obyvatelstva bez RS. Téměř 40 % pacientů se dožije 70 let. Nicméně polovina úmrtí u pacientů s RS je přímo spojena s důsledky onemocnění, zatímco dalších 15 % je v důsledku sebevražd (toto procento je o mnoho vyšší než u zdravé populace).

Ačkoliv většina pacientů před smrtí ztratí schopnost chodit, celých 90 % pacientů je schopno chůze po deseti letech od počátku onemocnění a 75 % po patnácti letech. Stanovení prognózy v jednotlivých případech je obtížné, v pozdějším věku bývá průběh často primárně progresivní a rychlejší“ (WEINSHENKER, 1994, str. 8).

1.8 Léčba roztroušené sklerózy

Na roztroušenou sklerózu neexistuje žádný známý lék, mnohé terapie se prokázaly jako nápomocné. Primárním cílem terapie je zmírnění obtíží, předcházení nových atak, zpomalení progresu onemocnění a zabránění invaliditě. Tak jako u ostatních léceb, i léčba zvládnutí RS má mnohé vedlejší účinky. Někteří pacienti podstupují alternativní léčbu navzdory nedostatku podpůrných, srovnatelných a opakovaných vědeckých studií.

1.8.1 Kauzální léčba

Kauzální léčba neexistuje. Dobré výsledky má imunomodulační léčba interferonem-beta, který je vhodný u forem remitentních, kde snižuje frekvenci atak. Mnohé studie prokázaly, že léčba interferony během počáteční ataky může snížit pravděpodobnost, že se u pacienta vyvine klinická RS. Aby interferon-beta snížil počet relapsů a progresi disability, musí být léčba interferonem-beta zahájena včas.

Glatimeracetát (kombinace čtyř aminokyselin) spolu s interferonem-beta jsou osvědčenými léky první volby v léčbě pacientů s remitentní RS. Mohou vést k dlouhodobé stabilizaci nemoci.

U pacientů s vysokou aktivitou nemoci je zvláště efektivní natalizumab, který je schopen dlouhodobého zlepšení.

První lék (perorální) indikovaný k léčbě relabující-remitující RS je fingolimod. Léčba fingolimodem může vést k časnému a významnému zpomalení atrofie mozku.

Léčba progresivního průběhu RS je obtížnější než relaps-remitentní formy. Mitoxantron (syntetické antracendionové cytostatikum) vykázal pozitivní výsledky u pacientů se sekundárně progresivní a progresivně relabující formou. Je středně účinný při snížení progresse onemocnění a četnosti relapsů u pacientů, jejichž stav se v krátkém čase výrazně zhoršuje.

Neodpovídá-li pacient na konvenční eskalační léčbu při velmi agresivním průběhu nemoci, bývá indikován cyklofosfamid. U pokročilého stadia invalidity avšak nelze očekávat dostatečný efekt.

Aplikace kortikoidů má své vedlejší účinky a kontraindikace, které se ještě zvýrazňují při dlouhodobém podávání. Studie prokázaly, že zvláště včasné podání methylprednisolonu má vliv na ochranu tkáně CNS a že rozsah škod způsobených zánětem je při léčbě methylprednisolonem menší (RICHERT, 2001).

Pro léčbu progresivní RS není v současné době k dispozici žádná jednoznačně efektivní léčba.

Permanentní aplikace vitaminů řady B, E.

Chorobu modifikující léky umí snížit rychlost progresu onemocnění, ale nedokáží ji zastavit. S postupem nemoci dochází ke zhoršování symptomů. RS je spojena s řadou příznaků a funkčních deficitů, které mají za následek řadu progresivních postižení a invaliditu. Zvládnutí těchto deficitů je proto velmi důležité. Jak léčba, tak neurorehabilitace prokázaly, že dokáží snížit zátěž některých příznaků, avšak neovlivňují progresi onemocnění.

Jako u všech pacientů s neurologickými deficity, je klíčem k omezení a překonání postižení multidisciplinární přístup. U každého symptomu existují různé možnosti léčby. Léčba by proto měla být individuální v závislosti na pacientovi a lékaři.

1.8.2 Rehabilitace

Rehabilitace nemocných s RS je vhodná. Nemá být prováděna při atakách a nesmí nemocného neúměrně přetěžovat. Je velmi individuální. Pro všechny pacienty s RS platí, že péče o fyzickou kondici by se měla stát součástí každodenního života. Také lázeňská léčba je vhodná, nepřetěžuje-li nemocného a neaplikuje-li se při atakách.

1.8.3 Alternativní léčba

Příkladem mohou být diety, bylinky, lékařská marihuana a hyperbarická kyslíková terapie. Doporučuje se zařadit terapeutická cvičení zmírňující únavu, bolesti zad, cvičení na overballech, cvičení s gumou, cvičení na rehabilitačních míčích. Jóga, tai-čchi. Dobré je podporovat a rozvíjet také kognitivní funkce (pozornost, paměť...).

Pracovní neschopnost při atakách onemocnění bývá nezbytná. Při posuzování zachovalé pracovní schopnosti kromě zachovalé adaptability musíme vzít v úvahu druh práce, který nemocný vykonává a dopravu do zaměstnání.

Stupeň invalidity u nemocných s RS se stanovuje podle hodnotících stupnic. Nejpoužívanější je EDSS (Expanded Disability Status Scale), která je nazývána také Kurtzkeho stupnice. Další hodnotící škálou je NRS (Neurologic Rating Scale), která je známa jako Scrippssova stupnice.

EDSS je zdokonalená škála DSS (Disability Status Scale), kterou Kurtzke popsal v roce 1955. EDSS hodnotí ve vztahu k RS zhoršení osmi funkčních systémů. Skóre zjištěná pro jednotlivé funkční systémy jsou pak využita ke stanovení celkového skóre invalidity, jež se stanovuje po půl bodech na stupnici 0 - 10 (s výjimkou intervalu mezi 0 a 1).

Tabulka 2 – Kurtzkeho stupnice postižení

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

Zdroj: LENSKÝ, 1996, str. 46

Jako trvalé a nevratné se hodnotí zhoršení invalidity tehdy, když zvýšení skóre o 1,0 nebo více přetrvává minimálně 6 měsíců.

Nevýhodou EDSS je např. značný důraz kladený na schopnost chůze nebo relativně malá citlivost vůči zhoršení kognitivních funkcí.

Ve stupnici NRS je normální neurologická funkce hodnocena nulou. Stupně 1+, 2+, 3+ a 4+ představují zlepšení funkčního stavu, zatímco stupně -1, -2, -3 a -4 jeho zhoršení.

Stupnice zahrnuje též hodnocení kognitivních schopností a nálady. Nenahrazuje EDSS, spíše ji doplňuje.

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je péče, odpovídající potřebám nemocného, rodiny a komunity. U nemocných s RS se tato péče zaměřuje na zlepšení kvality života. Ošetřovatelský proces se skládá z posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení dosažených cílů.

Na neurologickou ambulanci v Hostivicích přišla devětapadesátiletá paní XX se stížnostmi na omezení pohyblivosti a na únik moči. Při přijetí byla unavená, ospalá. Individuální ošetřovatelská péče o pacientku byla prováděna ve dnech od 3. 2. 2014 do 12. 2. 2014.

9.1 Posuzování

Jméno a příjmení:	XX
Pohlaví:	žena
Datum narození:	16. 11. 1955
Věk:	59 let
Vztah k zařízení:	ambulantní
Důvod přijetí:	kontrolní
Adresa bydliště:	xxx
Adresa příbuzných:	xxx
Rodné číslo:/.....
Vzdělání:	středoškolské
Národnost:	česká

Státní příslušnost:	ČR
Datum přijetí:	4. 2. 2014
Obvodní lékař:	MUDr. ...
Pojišťovna:	VZP
Stav:	vdaná
Víra a vyznání:	nevěřící
Děti:	2 – synové, 30 a 32 let, zdraví
Základní diagnóza:	Roztroušená skleróza
Přidružené diagnózy:	bezvýznamné

Vitální funkce:

Stav při přijetí:	puls 78/min., pravidelný, dobře hmatný, měkký
	tlak krevní 159/95 torrů
	dech 18/ min., pravidelný
	stav vědomí: jasné
	těl. teplota 36,6 °C
	váha 105 kg
	výška 176 cm
	pohyblivost: mobilní, zhoršená labilita chůze, ztuhlé DK
	krevní skupina A – poz.

Anamnéza:

Rodinná anamnéza:

Matka: 77 let, DM, ICHS

Otec: zemřel v 70 letech na karcinom (Ca) plic,
alkoholik

Sourozenci: nemá, jedináček

Dítě: syn – 30 let

syn – 32 let

Osobní anamnéza: Běžné dětské nemoci. Operace neměla, očkování
běžná. v péči neurologa od r. 1996 pro RS. v péči
psychiatra od r. 2000.

Alergická anamnéza: Alergii nemá.

Abusus: Alkohol pije příležitostně, kávu pije 1x denně,
nekouří.

Urologická anamnéza: S močením má problémy, dochází k inkontinenci,
zatím bez gynekologických zánětů.

Gynekologická anamnéza: Menstruace od 14 let 28/5, oba porody spontánní
záhlavím, porody v termínu, šestinedělí bez
obtíží, nekojila. Klimakterium od r. 2007,
gynekologické operace neuvádí.

Farmakologická anamnéza: Prednison, Imuran, KCI, Stilnox, Citalec,
Amitriptylin, Neurotin, Oxycontin

Sociální anamnéza: Bydlí sama, rodina za ní pravidelně dochází.

Záliby:	Knihy, film, poslouchání hudby, vnoučata
Pracovní anamnéza:	dříve dopravní dispečerka, nyní administrativní pracovnice

9.2 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové

Vnímání zdraví

Nemocná považuje svůj zdravotní stav jako narušený, co se týká fyzické stránky. Nyní se pohybuje těžce, domácnost zvládá s obtížemi, ale rodina jí pomáhá. Snaží se dodržovat zdravou výživu. Ráda by chodila jako dřív. Nejhůře pociťuje únavu, inkontinenci, nesoustředivost, bolest očí, bolest pravé spánkové krajiny. Špatně spí. Nic ji nebaví. Je stresovaná, kvůli inkontinenci. Při objevení současných potíží navštívila lékaře.

Výživa a metabolismus

Chuť k jídlu je snižená. Občas trpí zácpou, ne příliš často. Jídlo přijímá 2 – 3x denně (snídaně, oběd, večeře) sama. Rodina se jí snaží připravovat jídlo pestré, nepříliš kořeněné, nemastné a ne moc sladké. Forma stravy normální. Při polykání problémy nemá. Za poslední rok přibrala asi 7 kg. Stav chrupu dobrý.

Denně vypije asi 1 – 2 litru tekutin ve formě vody, minerálních vod a čaje. Pocit žízně nemá. Kávu pije 1x denně, alkohol příležitostně při oslavách narozenin. Nekouří. Nehty a vlasy jsou v dobrém stavu.

Kožní turgor dobrý, sliznice růžové, Vlasy vypadávají, nehty v dobrém stavu.

Vylučování

S močením má problémy projevující se inkontinencí. Nemocná se stydí, hlavně v práci. Moč bez příměsí. s vyprazdňováním stolice problémy nemívá, stolice kašovitá.

Pouze občas trpí zácpou (1x za 2 týdny), což příkládá k omezenému pohybu a stravě. Nezvrací. Potí se více.

Aktivita, cvičení

Má pocit, že nemá dost síly a životní energie. Dříve aktivně chodila na procházky, i dlouhé. Nyní toto nelze. Každý den se snaží rehabilitovat. Rodina ji v tom povzbuzuje.

Držení těla je vzpřímené. Koordinace je změněná díky slabosti dolních končetin. S domácností potřebuje pomoci. O sebe se postará sama.

Volný čas tráví četbou nebo sledováním televize. Také jej ráda tráví s vnoučaty a rodinou.

Spánek, odpočinek

Problémy se spánkem mívá, zvláště při bolestech. Budí se během noci několikrát a těžko se jí usíná. Během dne by se ráda dospala, což nelze v pracovní dny. Léky na spaní při problémech se spánkem užívá. Cítí se nevyspalá, unavená a podrážděná.

Vnímání

Sluch i zrak je v pořádku. Řeč je plynulá a srozumitelná. Paměť se zhoršuje, mírně zapomíná, nesoustředí se. Se sestrou spolupracuje. Je plně orientována.

Má mírnou slabost v dolních končetinách, zejména v levé dolní končetině, což ovlivňuje hybnost. Zvýšeně ji vnímá při chůzi. Bolest vnímá jako palčivou, úmornou.

Sebepojetí

Vnímá se jako pesimistka. Připadá si méněschopná, méně si důvěřuje, stydí se. Má strach z vývoje nemoci, z projevů inkontinence a z nových změn. Také ze zvýšení bolesti. Částečně jí pomáhá setkání s vnoučaty. Se svou nemocí se snaží smířit, ale při větších bolestech se jí to nedaří.

O svém vzhledu přemýšlí, udržuje se čistá, ale obává se inkontinence a stydí se. Při slabosti požádá rodinu, ale nechce je příliš obtěžovat. Bývá nervózní, při projevech inkontinence moči.

Role – mezilidské vztahy

Bydlí sama v bytě 2+kk. Kontakty s lidmi jsou časté, hlavně s rodinou a spolupracovníky. Pracuje jako administrativní pracovnice, ale s prací není spokojená, protože je na ni moc náročná.

Sexualita a reprodukční schopnost

Sexuální potřeby vzhledem k své nemoci neudává. Operace nikdy neprodělala. Syny porodila v raném stadiu onemocnění na doporučení lékařů. Menstruace od 14 let, cyklus 28/5, pravidelná. 2 těhotenství, 2 porody, potraty 0. Těhotenství bez komplikací. Antikoncepci neuvádí. Klimaktérium 2007.

Stres a zátěžové situace

Napětí v poslední době pociťuje velmi často (denně). Vyvolává je především nemoc. S touto skutečností se vyrovnává s pomocí psychiatrické péče. Ráda by byla více informovaná o své nemoci. Ke snížení napětí jí pomáhají vnoučata. Napětí snáší jak kdy a chvíli jí trvá, než se s ním vyrovná. Stresové situace zvládá s podporou rodiny.

Víra a životní hodnoty

Žádné náboženské vyznání nemá. Věří v něco, ale netuší, co to je. Nejdůležitější je pro ni zdraví a rodina.

Léky, které nemocná užívá

Prednison 10 mg ob den, KCI 1x1, Prothiaden 100 mg (0-0-1), Stilnox ½, Ataralgin dp, Bronchovaxon, Imuran 1x 50 mg, Nutontin.

9.3 Posouzení fyzického stavu ze dne 3. 2. 2014

Celkový vzhled, úprava, hygiena

Nemocná je upravená, čistá, soběstačná. Vědomí je neporušené, jasné. Orientována všemi směry. Držení těla vzpřímené. Chůze nejistá, pomalá, spasticko-ataktická (horší vlevo). Zhoršení stability chůze. Polohu zaujímá aktivní. Řeč srozumitelná, pomalejší. Chování je přátelské, nervózní. Výraz tváře je nejistý. Stav výživy normostenický. Kůže bledá, pigmentovaná, hydratovaná, kožní turgor v normě.

Vyšetření hlavy

Subjektivně: „Hlava mě bolívá v noci, hlavně pravá strana tváře.“

Objektivně:

Hlava pokleповě a na pohmat nebolestivá. Tvar a velikost lebky je normocefalický. Barva kůže obličeje je bledá, pigmentovaná. Příušní žláza nebolestivá, nezvětšená. Výstup nervů trigeminu palpačně nebolestivý.

Oči ve středním postavení, oční štěrby jsou souměrné. Oční bulvy pohyblivé, bolavé. Spojivky jsou růžové. Skléra je bílé barvy. Rohovka čirá a průhledná. Zornice okrouhlé, reagují na osvit.

Rty jsou růžové, souměrné a zvlhčené. Jazyk plazí ve střední čáře, mírně vlhký, narůžovělý, jemně rýhovaný. Sliznice dutiny ústní je vlhká, narůžovělá bez slizničních změn.

Chrup sanován. Mandle jsou normálně prokrvené, nezduřelé a povrch mají hladký. Poruchy řeči nejsou.

Nos symetrický, průchodný, bez sekrece.

Uši symetrické. Sluch neporušen, tvorba ušního mazu přiměřená.

Krk je symetrický, pohyblivý. Náplň krčních žil nezvýšená, pulzace karotid

bez hmatných virů šelestů. Krční uzliny nehmatné. Štítná žláza na pohled a pohmat nezvětšená. Lymfatické uzliny nezvětšeny.

Vyšetření hrudníku

Subjektivně: „Hrudník mě nebolí. S dýcháním potíže nemám. Jen ten tlak mám vysoký.“

Objektivně:

Hrudník je symetrický, klenutý, beze změn tvaru a postavení, bez deformit. Lymfatické uzliny nehmatné. Poklep nad plícemi plný, jasný. Poslechově dýchání nad velkým dýchacími cestami trubicové a nad plícemi oboustranně sklípkové, bez vedlejších patologických fenoménů v celém rozsahu. Dechová vlna se šíří symetricky.

Prsy symetrické, rezistence 0

Srdce poklepově nezvětšeno, úder hrotu neviditelný, Srdeční krajina bez vyklenutí. Zvýšený krevní tlak 159/95.

Vyšetření břicha

Subjektivně: „Břicho mě teď nebolí, jen když mívám zácpu. Ale tu teď nemám.“

Objektivně:

Břicho v úrovni hrudníku, souměrné, poklep bubínkový. Dechová vlna se šíří k tříslům, Kůže břicha je hladká, beze změn, břicho měkké, nebolestivé, rezistence 0. Povrchová a hluboká palpáce bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Poklep diferencovaně bubínkový, ascites nepřítomný.

Močovo-pohlavní systém

Subjektivně: „Mám problém s močí, sama mi odkapává.“

Objektivně: Ureterální body nebolestivé. Močový měchýř nepřesahuje symfýzu, nebolestivý. Uretra bez výtoků. Labia majora bez zduření.

Vyšetření končetin a páteře

Subjektivně: „Cítím, že mám ztuhlé nohy, hůř se mi chodí. Taky to dost bolí.“

Objektivně:

Horní končetiny – hybnost a síla symetrická, bez parézy. Mízní uzliny v podpaží nezvětšeny, nebolestivé.

Dolní končetiny – snížený svalový tonus LDK. Snížená svalová síla LDK. Tříselné uzliny nebolestivé, nezvětšené.

Páteř – bez patologických změn, pohyblivá, nebolestivá.

Imunologický systém

Subjektivně: „Nikdy jsem nebyla dlouho nemocná, jen teď už je mi to dlouhé.“

Objektivně: Imunologický systém pacientky je v pořádku, netrpí zánětem.

Kůže a její adnexa

Subjektivně: „Nejsem otláčená ani mě nic nesvědčí.“

Objektivně: Bez dekubitu. Kožní adnexa a ochlupení bez odchylek.

9.4 Aktuální vyšetření a léčba

Vyšetření:

Kontrolní MRI – mírná progrese proti 2010.

Laboratorní vyšetření – nyní v normě.

Léčba:

Tabulka 3 – Užívání léků

NÁZEV	DÁVKOVÁNÍ	ZPŮSOB APLIKACE	LÉK SKUPINY
Prednison 10 mg	1-0-0 ob den	per os	kortikoid
KCl	1x1	per os	iont
Prothiaden 100 mg	0-0-1	per os	antidepresivum
Stilnox	0-0-½	per os	sedativum
Ataralgin	dle potřeby	per os	analgetika ATC
Imuran	1x 50 mg	per os	imunosupresivum
Neurotin	1x 100 mg	per os	antiepileptikum

9.5 Situační analýza:

Pacientka XY, 59 let dochází pravidelně od 3. 2. 2014 na naši neurologickou ambulanci pro sklerózu multiplex. Stěžuje si na bolest a sníženou citlivost levé dolní končetiny – snížený svalový tonus LDK, snížená svalová síla LDK. Pacientce jsou při každé prohlídce změřeny vitální funkce – puls - 78/min, krevní tlak - 159/95mmHg, dech 18/ min., pravidelný. Pacientka je obézní (33,9 – obezita I). Stupně. Pacientka při návštěvě edukována o dodržování životosprávy a pohybovém režimu. Za poslední rok přibrala pacientka 7 kilogramů. Vzhledem k momentálnímu zdravotnímu stavu je u pacientky narušená pohyblivost. Pacientka vážněji nestonala, očkování řádně dle očkovacího průkazu. Stěžuje si na problémy při vyprazdňování. Stolice nepravidelná. Pacientka je inkontinentní, užívá slipové vložky. Pacientka v poslední době pocítuje velmi často napětí. Vyvolává je především nemoc. S touto skutečností se vyrovnává s pomocí psychiatrické péče. Ráda by byla více informovaná o své nemoci. Ke snížení

napětí jí pomáhají vnoučata. Pacientka se cítí v poslední době bez energie a unavená. Edukace o léčebném režimu, pacientka chápe nutnost dodržování léčebného režimu.

9.6 Plán ošetrovatelské péče u sledované pacientky s roztroušenou sklerózou

Ošetrovatelské diagnózy zpracovány s pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1 Porušená pohyblivost
- 2 Senzorické a percepční poruchy
- 3 Únava
- 4 Porušený spánek
- 5 Inkontinence moči reflexní

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- 1 Riziko vzniku infekce
- 2 Léčebný režim: rodina, neúčinná integrace
- 3 Bezmocnost

9.6.1 Porušená pohyblivost

Z důvodu snížení svalové síly, projevující se omezeným rozsahem pohybu.
Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Vyjádřit ochotu a projevit účast na aktivitách (do 24 hodin)

Dlouhodobý: Zachovat a zvýšit sílu a funkci svalů DK (do 12 dnů)

Výsledná kritéria

- Pacientka souhlasí s aktivitami (do 1 dne)
- Pacientka si osvojí způsoby umožňující opětné provádění činností (do 3 dnů)
- Pacientka má funkční stav svalů a neporušenou integritu kůže (do 12 dnů)
- Pacientka má zachovanou sílu kompenzující části těla (do 12 dnů)

Plán intervencí

- Sleduj užívání medikace dle ordinace (každý den/sestra),
- posuď a zhodnot' stupeň pohyblivosti (do 1 dne/sestra),
- povšimni si emoční odpovědi na imobilitu (do 1 den/sestra),
- obraťte se na fyzioterapeuta, dle indikace, aby pro pacientku připravili individuální cvičební program (do 1 dne/sestra),
- pobízej pacientku k účasti na péči o sebe sama (každý den/sestra),
- pomáhejte pacientce plnit individuální rehabilitační plán (každý den/sestra),
- předved'te pacientce, jak používat pomůcky (např. hole, chodítka) (do 2 dnů/sestra).

Realizace

- 7.00 Podány léky dle ordinace lékaře, sledován účinek – sestra.
- 8.30 Sestra zhodnotila stupeň pohyblivosti.
- 9.30 Vypracován individuální rehabilitační plán – fyzioterapeut. Pacientka denně dochází na rehabilitace.
- 10.00 Sestra předvedla pacientce, jak používat pomůcky.

Hodnocení

Pacientce se po upravené medikaci stupeň pohyblivosti zlepšil. Pacientka chápe rehabilitační cvičení a je odhodlána je praktikovat i doma. Pacientka objektivně chodí bez opory. Cítí se lépe. Cíl byl splněn.

9.6.2 Senzorické a percepční poruchy

Z důvodu neurologického onemocnění (RS), projevující paresteziemi, necitlivostí a otupením.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Uvědomit si smyslové potřeby a případné přetížení (do 24 hodin)

Dlouhodobý: Pacientka se nezraní (každý den)

Výsledná kritéria

- Pacientka rozpozná a koriguje senzorycké zhoršení (do 12 dnů)
- Pacientka si uvědomuje smyslové potřeby a jejich přetížení nebo deprivaci (do 12 dnů)
- Pacientka rozpozná a následně upraví zevní faktory ovlivňující poruchu senzorycko-percepčních schopností (každý den)
- Pacientka umí a používá kompenzační pomůcky (do 2 dnů)

Plán Intervencí

- Všimni si stupně a rozsahu postižení (do 1 dne/sestra),
- sleduj laboratorní výsledky (do 2 dnů/sestra),
- zhodnot' senzorycké vjemy při stimulaci teplo/chlad, tupý/ostrý (do 1 dne/sestra),

- nauč pacientku, jak se účinně vyrovnat se senzorickým postižením (do 7 dnů/sestra),
- nalezni alternativní způsoby, jak si poradit s percepčními deficity (např. kompenzační techniky) (do 10 dnů/sestra),
- komunikuj s pacientkou o negativních věcech (do 1 dne/sestra),
- eliminuj riziko úrazu a poranění (první den/sestra).

Realizace

- 9.00 Zhodnocení stupně a rozsahu postižení - sestra.
- 9.10 Kontrola laboratorních výsledků - sestra.
- 9.30 Provedena senzorická stimulace - sestra.
- 10.00 Vysvětleny kompenzační pomůcky - sestra.
- 15.00 Sestra pomohla upravit prostředí pacientčina domu, čímž snížily riziko poranění – sestra.
- 16.00 S pacientkou probrány negativní věci, pacientka je emočně stabilní - sestra.

Hodnocení

Senzorická stimulace byla účinná. Předávané informace pacientka pochopila, správně odpovídala na kontrolní otázky. Po rozhovoru o negativních věcech se pacientka cítila klidnější a vyrovnanější. Cíl byl splněn.

9.6.3 Únava

Z důvodu nemoci (RS), projevující se ospalostí, sníženou výkonností, nedostatkem energie na běžné činnosti.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Rozpoznání, co je základem únavy (do 24 hodin)

Dlouhodobý: Pacientka vykonává běžné činnosti (do 7 dnů)

Výsledná kritéria

- Pacientka se necítí unavená (do 3 dnů)
- Rozpozná, co je základem únavy a umí se jí bránit (do 2 dnů)
- Pacientka se účastní fyzikální terapie (každý den)

Plán Intervencí

- Urči stupeň únavy a dopad na životní styl (do 1 dne/sestra),
- povšimni si rozložení energie během dne (do 1 dne/sestra),
- prodiskutuj změny životního stylu (do 1 dne/sestra),
- změř fyziologickou odpověď na aktivitu (do 1 dne/sestra),
- povzbuzuj pacientku, aby dělala sama vše, co je v jejích silách (každý den/sestra),
- seznam pacientku s metodami konzervace energie (do 1 dne/sestra),
- doporuč fyzikální terapii a cvičení (do 3 dnů/sestra),
- doporuč psychoterapii (do 1 dne/sestra),
- podporuj celková zdravotní opatření (výživa, dostatečný příjem tekutin, přiměřený přísun vitamínů a železa...) (každý den/sestra).

Realizace

8.00 Zhodnocení stupně únavy a dopadu na životní styl - sestra.

8.40 Rozhovor s pacientkou na téma zdravá strava a dostatečný příjem tekutin - sestra.

9.00 Rozhovor s pacientkou na téma životní styl a konzervace energie - sestra.

11.00 Rehabilitace, sestavení cvičební sestavy - fyzioterapeut.

11.30 Provedeno měření fyziologické odpovědi na aktivitu - sestra.

14.00 Pacientce doporučeny psychoterapie - psychoterapeut.

Hodnocení

Pacientka se cítí odpočatější, nicméně únava stále trvá. Pacientka si i doma upraví stravu tak, aby splňovala kritéria zdravé výživy. Pacientka spolupracuje s fyzioterapeutem na cvičebních sestavách pro celkovou pohodu a vytvoření svalového tonu. Využívá relaxační techniky. Pacientka sama na sebe nespěchá. Je vyrovnanější a smířená. Chápe únavu ve spojitosti se svou nemocí. Cíl byl splněn částečně.

9.6.4 Porušený spánek

Z důvodu úzkosti, projevující se narušením kontinuity spánku, předčasným probuzením, změnou v chování a výkonu.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka spí 6 hodin bez přerušení (do 24 hodin)

Dlouhodobý: Zlepšení pocitu celkové pohody (do 1 týdne)

Výsledná kritéria

- Pacientka spí nejméně 6 hodin (do 2 dnů)
- Po probuzení se cítí odpočínutá (do 1 dne)
- Pacientka dokáže popsat faktory ovlivňující spánek (do 2 dnů)

Plán Intervencí

- Seznam pacientku s fyziologií spánku (do 1 dne/sestra),
- vysvětlí, jak minimalizovat rušivé vlivy prostředí (do 1 dne/sestra),
- doporuč spánkové návyky, činnosti před spaním (do 1 dne/sestra),
- zabezpeč psychickou pohodu (do 1 dne/sestra),
- informuj o možnostech relaxačních technik (do 1 týdne/sestra),
- proved' rozhovor s pacientkou o faktorech ovlivňujících spánek (do 1 dne/sestra),
- upozorni na užívání léků dle ordinace lékaře (do 3 hodin/sestra).

Realizace

- 8.30 pacientka informována o fyziologii spánku – sestra
- 8.45 pacientce vysvětleny rušivé vlivy prostředí – sestra
- 9.00 pacientce vysvětleny faktory ovlivňující spánek – sestra
- 9.15 vedený rozhovor s pacientkou o jejích potřebách, přáních a pocitech – sestra
- 9.30 pacientce doporučeny spánkové návyky a činnosti před spaním – sestra
- 10.00 pacientka informována o relaxačních technikách – sestra
- 10.10 pacientka si vyzkoušela uvolnění pomocí relaxační hudby – sestra

Hodnocení

Objektivní příčiny poruchy spánku byly eliminovány. Pacientka byla edukována v oblasti poruch spánku a možností jejich eliminace. Pacientka byla seznámena s relaxačními technikami. Sama si je začala aktivně zkoušet. Pacientka spolupracuje s psychiatrem. Pacientce se viditelně ulevilo, sama navrhuje poslouchání relaxační hudby před usnutím. Cíl byl splněn částečně.

9.6.5 Reflexní inkontinence moči

Z důvodu neurologického poškození, projevující se odtokem moči bez předchozího pocitu mikce.

Cíl:

Krátkodobý: Pacientka správně používá pomůcky vhodné při inkontinenci moči (do 1 dne)

Dlouhodobý: Pacientka je klidná a sebejistá (do 7 dnů)

Výsledná kritéria

- Pacientka zná pomůcky používané při inkontinenci a dovede je použít (do 1 dne),
- zná možné problémy spojené s inkontinencí moči (do 1 dne),
- pacientka se chová vyrovnaně, sebejistě, bez emocí hovoří o své inkontinenci (do 2 dnů),
- nemá narušenou kůži a sliznice v okolí ústí močové trubice (do 1 týdne),
- cvičí denně cviky na posílení svalů dna pánevního (každý den).

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientce princip reflexní inkontinence (do 1 dne/sestra).
- Vysvětlí a předvede pacientce pomůcky používané při inkontinenci (do 1 dne/sestra).
- Vysvětlí možné problémy spojené s inkontinencí moči (do 1 dne/sestra).
- Vysvětlí pacientce, jak pečovat o kůži a sliznice v okolí ústí močové trubice (do 1 dne/sestra).
- Nauč pacientku cvičení pro posílení svalů pánevního dna (do 1 týdne/sestra).

Realizace

- 9.00 Pacientka byla poučena o příčinách, projevech a léčbě inkontinence - sestra.
- 9.20 Pacientka byla poučena v souvislosti s tréninkem močového měchýře. Jedná se o cvičení na zvýšení tonu břišních a pánevních svalů - sestra.
- 10.00 Pacientce bylo vysvětleno používání a možnosti inkontinentních pomůcek - sestra.
- 10.45 Pacientka byla seznámena s péčí o kůži a sliznice - sestra.
- 11.00 Pacientka poučena o dodržování hygieny – sestra.

Hodnocení

Pacientka se po rozhovoru o inkontinenci, jejích projevech a možnostech léčby cítila lépe orientovaná v problematice, aktivně se zapojovala do rozhovoru a kladla otázky. Po předvedení inkontinenčních pomůcek se pacientka uklidnila a přestala být nejistá sama sebou. Pacientka chápe problematiku inkontinence, odpovídá správně na kontrolní otázky. Cíl byl splněn.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Díky úplným informacím o nemocné, jejím zdravotním stavu, životním stylu, návycích a rituálech, jejích problémech a psychickém stavu, zvládly sestry velmi účinně vyřešit pacientčiny sesterské diagnózy.

Pacientka odešla z neurologické ordinace klidná, vyrovnaná, v dobré náladě a sebejistá. Dle svých slov: „Zase mám pocit, že vše zvládnou.“ Byla jí upravena medikace. Při chůzi nepotřebovala oporu. Byla poučena o relaxačních technikách a způsobech, jak zvládnout přerušovaný spánek. Díky správnému užívání kompenzačních pomůcek pro inkontinenci moči, se cítila znovu sama sebou. Díky zapojení rodiny do edukace pacientky, odezněla obava, že bude rodině na obtíž.

U nemocné byla nejdůležitější edukace. Díky níž se pacientce velmi ulevilo a mohla se lépe smířit s rozvojem své nemoci.

9.7 Edukace

Edukace u pacientky byla zaměřena na jednorázové vzdělávání. Při edukaci byla přítomna snacha nemocné.

Edukační plán

Vzdělávací oblast:	Inkontinence
Edukant:	Pacientka XX a její snacha
Potřeby edukanta:	Zvládnutí manipulace a používání inkontinenčních pomůcek, Zvládnutí cviků pro posílení svalů pánevního dna
Edukátor:	Primární sestra
Potřeby edukátora:	Vysvětlit příčiny reflexní močové inkontinence. Naučit pacientku sestavu cviků pro posílení svalů pánevního dna. Vysvětlit a ukázat pomůcky pro inkontinenci moči a jejich používání.
Druh edukace:	Základní
Téma edukačního setkání:	Inkontinence, její příčina, pomůcky a jejich používání.
Obsah tématu:	Poučení o inkontinenci v závislosti na RS, seznámení s možnými komplikacemi, seznámení s pomůckami využívanými při inkontinenci, seznámení s jejich používáním
Časové podmínky:	25 – 30 min.

Základní cíl ed. setkání:	Správná technika cvičení svalů pánevního dna, správná technika užívání pomůcek pro inkontinence moči
Kognitivní cíl:	Pacientka získá vědomosti o reflexní močové inkontinenci, bude znát možnosti odvrácení zánětlivých následků
Afektivní cíl:	Pacientka vnímá edukační sezení jako pozitivní, přinášející důvěru v sebe sama.
Behaviorální cíl:	Pacientka užívá pomůcek pro močovou inkontinenci a zvládá techniky posílení svalů pánevního dna.
Forma edukace:	Verbální, instrukční materiály k tématu inkontinence
Reakce na edukaci:	Verbální pochopení, dotazy, diskuse
Komunikační bariéra:	Nejistota v orientaci odborných pojmů, vyjádření jejich adekvátního významu, stud
Metody:	Verbální – rozhovor, monolog; demonstrace, nácvik používání pomůcek
Organizační forma:	Individuální, v nemocnici
Didaktické pomůcky:	Textový materiál, ukázky pomůcek pro inkontinenci (absorpční vložky, vložné pleny, navlékačí plenkové kalhotky, plenkové kalhotky, fixační kalhotky)

Edukační jednotka

Úvod – pozdrav, seznámení se, vytvoření klidného prostředí, rozhovor s nemocnou.

Motivační fáze – empatie, vzbuzení důvěry

Expoziční fáze – vysvětlení, předvedení a nácvik

Fixační fáze – plnění úkolů

Hodnotící fáze – ústní test

Vyhodnocení edukačního setkání

Efekt edukace byl úplný. Pacientka v závěru správně odpověděla na všechny kontrolní otázky. Edukaci hodnotí jako velmi přínosnou a ulevující. Pacientka se smířila se svou inkontinencí. Vyjmenovala pomůcky pro péči při inkontinenci moče a předvedla manipulaci s nimi. Má představu o tom, jak vše bude zvládat při zapojení do pracovního procesu.

9.8 Doporučení pro praxi

Předkládáme doporučení pro praxi:

Zavedení metody ošetrovatelského procesu, který umožňuje sestřám rozumět lidským potřebám, holistický přístup k pacientům, zajistit kvalitní celistvou ošetrovatelskou péči.

Umožnit sestřám vzdělávání a praxi v zahraničí. Získání nových vědomostí a praktických dovedností týkající se péče o nemocné s roztroušenou sklerózou.

Zvýšit možnost vzdělávání sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou formou přednášek a besed, případně internetových publikací.

Zajistit konference na daná témata pod hlavičkou České asociace sester.

Zvýšit informovanost nemocných a jejich příbuzných o jejich onemocnění. Například formou letáčků, brožur, internetových stránek, cíleného rozhovoru s nemocným, nástěnek. Konáním besed a setkání nemocných, kde si mohou sdělovat své zkušenosti s nemocí.

Zvýšit edukaci nemocných a jejich rodin o jejich konkrétních stádiích nemoci, možnosti vývoje nemoci, omezeních plynoucích z nemoci a potřebách jednotlivých klientů, týkajících se roztroušené sklerózy.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo ukázat problematiku onemocnění roztroušená skleróza a zpracování ošetrovatelského procesu u roztroušené sklerózy, který byl splněn. Na příkladu jsme ukázali, jak ošetrovatelské postupy zkvalitní život nemocných s roztroušenou sklerózou.

Pacientů s roztroušenou sklerózou podle centrálního registru přibývá. Přestože o nemoci již mnoho víme, stále se nepodařilo objevit léky, které by ji vyléčily. U pacientů s roztroušenou sklerózou se zaměřujeme na zlepšení kvality života, jako takového. Kromě základní farmakologické intervence mají pacienti přístup k symptomatické léčbě, rehabilitaci, psychologické a sociální podpoře. Roztroušená skleróza narušuje rovnováhu denních aktivit. Běžné situace se stávají velmi únavnými až nezvladatelnými. Včasná diagnóza umožňuje léčbu příznaků a zkvalitnění života.

Zvláště v posledních letech se přístup k nemocnému výrazně zdokonalil. Zavedení ošetrovatelského procesu umožňuje sestřám celkový, holistický pohled na pacienta a ještě kvalitnější pomoc. Sestra ví, kdo je daný pacient, co ho trápí, jak a čím mu může pomoci a pomůže mu. Pacient se díky tomuto přístupu cítí laskavě přijat. Ví, že je o něj zájem a že na něm záleží. Stoupne mu sebevědomí a celkový pocit pohody. Psychicky je silnější a odhodlán svou nemoc zvládnout. Aktivně se podílí na procesu zlepšení svého stavu a zmírnění potíží.

Zavedením ošetrovatelského procesu sestry lépe reagovaly na aktuální stadium a vývoj nemoci u každého konkrétního pacienta s ohledem na jeho osobnost, život, sociální situaci, vnímání sebe samotného, psychické rozpoložení, jeho zvyky a znalosti. U pacientů s chronickým onemocněním, jako je roztroušená skleróza, je tento přístup obzvláště vhodný a přínosný.

Mnohdy je nutná celková změna v přístupu k nemocnému. Jeho blízcí a pečovatelé by měli být informovaní a poučení v oblastech týkajících se onemocnění roztroušená skleróza tak, aby byli pro nemocného co největší oporou. Proto je neodmyslitelnou součástí pečovatelského procesu edukace, a to jak nemocných, tak jejich rodiny, případně komunity.

Rádi bychom tímto textem oslovili všechny zúčastněné péče o pacienta s roztroušenou sklerózou, aby mohli ještě více zkvalitnit přístup k nemocným. V teoretické části je čtenář seznámen s tímto onemocněním a v praktické části je zpracována kazuistika s touto diagnostikou. Věříme, že tato práce pomohla k lepší orientaci v problematice roztroušené sklerózy a k uvědomění si neoddělitelnosti ošetrovatelského procesu od ošetrovatelské dokumentace a k celostnímu chápání člověka, nastínil důležitost nesoustředit se jen na chorobu, ale na osobnost v celé její šíři.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASCHERIO, A., MUNGER, KL. *Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part I: the role of infection.* Ann. Neurol. duben 2007, roč. 4, čís. 61, s. 288–99.
2. COMPSTON, A., COLES, A. *Multiple sclerosis.* Lancet. duben 2002, roč. 9313, čís. 359, s. 1221–31.
3. ČIHÁKOVÁ BLAŽKOVÁ, Olga. Roztroušená skleróza v ošetrovatelském procesu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 1, s. 34-35. ISSN: 1210-0404.
4. DVOŘÁK, Karel. *Demyelinizační onemocnění – atlas patologie pro studenty medicíny* [online].
5. EVIDENCE FOR POLYGENIC SUSCEPTIBILITY TO MULTIPLE SCLEROSIS. The shape of things to come. *Am J Hum Genet* 2010. 86:621-625.
6. GREGORÍKOVÁ, Lenka — PSOTOVÁ, Daniela. Ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 28. ISSN: 1210-0404.
7. HAVRDOVÁ, Eva — TALÁB, Radomír — DUFEK, Michal. Diagnóza RS přestává být pro pacienty osudová. *Medical tribune*, 2009, roč. 5, č. 36, B3. ISSN: 1214-8911.
8. HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN: 978-80-204-3154-7.
9. HAVRDOVÁ, Eva., 2000. *Roztroušená skleróza*. 2. vyd. Praha: Triton, s. 16-17 ISBN 80-7254-117-X.
10. HEDSTROM, AK a kol. *Exposure to environmental Tobago smoke is associated with increasec risk for multiple sclerosis.* *Must Scler*, 2011. 17:788-93.
11. http://cs.wikipedia.org/wiki/Roztrou%C5%A1en%C3%A1_skler%C3%B3za
12. <http://www.ereska.cz/>

13. <http://www.novesluzby.cz/zdravi-a-zdrava-vyziva.206/roztrousena-skleroza-symptomy-priciny-lecba.21132.html>
14. CHRISTENSEN, T. *The role of EBV in MS pathogenesis*. Int MS J. květen 2006, roč. 2, čís. 13, s. 52–7. [on line]
15. LENSKÝ, Petr, 1996. *Roztroušená skleróza mozkomíšní*. Praha: Unie Roska.
16. LENSKÝ, Petr, 2002. *Roztroušená skleróza*. Praha: Unie Roska.
17. LUBLIN, FD., REINGOLD, SC. *Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey*. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. Neurology. duben 1996, roč. 4, čís. 46, s. 907–111.
18. MARILYNN, E. D. a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Vydání 2. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
19. MIKŠOVÁ, Z. a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6
20. RICHERT, N. D., OSTUNI, J. L., BASH, C. N., LEIST, T. P., McFARLAND, H. F., FRANK, J. A. *Interferon beta-1b and intravenous methylprednisolone promote lesion recovery in multiple sclerosis*. Mult Scler, 2001. 7(1):49-58
21. ŘASOVÁ, Kamila. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných: (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšní)*. Vyd. 1. Praha: CEROS, 2007. ISBN: 978-80-239-9300-4.
22. SEIDL, Z., Obenberger, J., 2004. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.
23. STAŇKOVÁ, M., 1999. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-282-5
24. SVEJGAARD, A. *The immunogenetics of multiple sclerosis*. Immunogenetics. červen 2008, roč. 6, čís. 60, s. 275–86.

25. VOKURKA, H. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5
26. WEINSHENKER, BG. *Natural history of multiple sclerosis*. Ann. Neurol.. 1994, čís. 36 Suppl, s. 6–11.