



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou

Vypracovala: Lucie Kolářová

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovateľské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou. Teoretická část je rozdělěna do pěti samostatných kapitol. První část je věnována anatomii CNS. Druhá část se zabývá fyziologií nervového systému. Třetí kapitola je zaměřena na historii roztroušené sklerózy. Čtvrtá kapitola je věnována roztroušené skleróze a její charakteristice, příznakům, typům a průběhu onemocnění, diagnostice a léčbě. Pátá kapitola se zabývá ošetrovateľskou péčí a ošetrovateľským procesem u pacientů s roztroušenou sklerózou.

Prvním cílem bakalářské práce je zjistit specifika ošetrovateľské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou. Druhým cílem je zmapovat potřeby pacientů v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou.

Výzkumné otázky:

1. Jaká specifika v ošetrovateľské péči se vyskytují u pacientů s roztroušenou sklerózou?
2. Jakým způsobem se mění potřeby pacientů s roztroušenou sklerózou v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou?

Výzkumný soubor byl tvořen šesti sestrami z neurologického oddělení a šesti respondenty s roztroušenou sklerózou. Byl proveden kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Písemné záznamy rozhovorů byly analyzovány a data následně rozdělěna do kategorií a podkategorií. Provedeným výzkumným šetřením byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky.

Specifika ošetrovateľské péče spočívají nejen v zachování a udržení soběstačnosti a schopnosti sebepečce, v dopomoci při běžných denních aktivitách, ale i v poskytování celkové ošetrovateľské péče imobilním pacientům a také poskytování psychické podpory pacientům a jejich rodinám. Z výzkumu vyplývá, že potřeby pacientů se výrazně mění především u pacientů s vyšším stupněm postižení roztroušenou sklerózou, a to zejména v uspokojování psychologických a sociálních potřeb.

Bakalářská práce poskytla náhled na problematiku ošetrovateľské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou a na saturování bio-psycho-sociálních potřeb u pacientů

s různým stupněm postižení roztroušenou sklerózou. Výsledky mohou být využity jako zpětná vazba pro sestry pečující o pacienty s roztroušenou sklerózou.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, ošetrovatelská péče, biopsychosociální potřeby

Abstract

This bachelor thesis deals with specifics of nursing care of patients with multiple sclerosis. The theoretical part is divided into five separate chapters. The first chapter is devoted to the anatomy of the CNS. The second chapter deals with physiology of nervous system. The third chapter focuses on the history of multiple sclerosis. The fourth chapter is devoted to multiple sclerosis and its characteristics, symptoms, types and course of the disease, diagnosis and treatment. The fifth chapter deals with nursing care and nursing process for patients with multiple sclerosis.

The first objective of this thesis is to find out the specifics of nursing care for patients with multiple sclerosis. The second objective is to map patients' needs depending on the degree of disability from multiple sclerosis.

Research questions:

1. What specifics of nursing care have patients with multiple sclerosis?
2. In which way the needs of patients with multiple sclerosis are changing in correlation with the disability degree from multiple sclerosis?

The research group consisted of six nurses from the Neurology Department and six respondents with multiple sclerosis. Qualitative research was made by using semi-structured interviews. Written records of the interviews were analyzed and data were subsequently divided into categories and subcategories. All the research questions were answered by the executed research survey.

Specifics of nursing care consist of preserving and maintaining self-sufficiency and self-management skills, helping during normal daily activities up to providing total nursing care for immobile patients, and providing psychological support to patients and their families as well.

Results of the research show that patients' needs are changing dramatically particularly in meeting the psychological and social needs especially at patients with a higher degree of disability from multiple sclerosis.

This bachelor thesis provided insight on the issues of nursing care about patients with multiple sclerosis and on saturation of the bio-psycho-social needs of patients with

varying degrees of disability from multiple sclerosis. The results can be used as feedback for nurses caring for patients with multiple sclerosis.

Keywords: multiple sclerosis, nursing care, biopsychosocial needs

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2016

.....

Lucie Kolářová

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kláře Kubartové za odborné vedení práce, za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám a respondentům mého výzkumu za jejich ochotu a čas mi poskytnout rozhovory. Velké díky patří i mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	10
ÚVOD	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Anatomie CNS	12
1.2 Fyziologie nervového systému	14
1.3 Historie RS.....	15
1.4 Roztroušená skleróza	16
1.4.1 Charakteristika RS.....	16
1.4.2 Příznaky RS	18
1.4.3 Typy a průběh onemocnění	19
1.4.4 Diagnostika RS	21
1.4.5 Role sestry při diagnostice RS.....	23
1.4.6 Léčba RS	24
1.4.7 Role sestry při léčbě pacienta s RS.....	27
1.5 Ošetrovatelská péče a ošetrovatelský proces u pacientů s RS	28
1.5.1 Ošetrovatelský proces u pacientů s RS.....	28
1.5.2 Specifické ošetrovatelské problémy u pacientů s RS	29
1.5.3 Potřeby pacientů	31
1.5.4 Organizace pomáhající lidem s RS.....	33
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 METODIKA	36
3.1 Metodika výzkumu	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami	38
4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s respondenty s RS	52

5	DISKUZE	61
6	ZÁVĚR.....	65
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	67
8	SEZNAM PŘÍLOH	70

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

RS	– roztroušená skleróza
CNS	– centrální nervový systém
LH	– luteinizační hormon
FSH	– folikuly stimulující hormon
TSH	– thyreotropní hormon
STH	– somatotropní hormon
ACTH	– adrenokortikotropní hormon
MSH	– melanocyty stimulující hormon
EEG	– elektroencefalografie
EBV	– Epstein-Barrové virus
DK	– dolní končetiny
HK	– horní končetiny
i.v.	– intravenózní
p.o.	– per os
EU	– Evropská unie
MR	– magnetická rezonance
EDSS	– Expanded Disability Status Scale, Kurtzkeho škála
MSIF	– Multiple Sclerosis International Federation
ADL	– Activities of Daily Living, Barthelův test základních všedních činností
IADL	– Instrumental Activities of Daily Living, test instrumentálních všedních činností
OCB	– oligoklonální pásy
EP	– evokované potenciály
OCT	– optická koherentní tomografie
SSRI	– selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

ÚVOD

„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek.“

Hérakleitos

Roztroušená skleróza mozkomíšní je autoimunitní chronické onemocnění, na které doposud neexistuje žádný prostředek k vyléčení. I v dnešní době zůstává roztroušená skleróza nedostatečně poznanou chorobou. V České republice během posledních let významně narůstá počet nemocných roztroušenou sklerózou, prevalence v letech 2008 - 2009 byla 160/100 000 obyvatel. Roztroušená skleróza má mnoho příznaků, s nimiž souvisí ošetrovatelské problémy. Nemocní se potýkají nejčastěji s ošetrovatelskými problémy v oblastech vyprazdňování, aktivity a odpočinku, hygieny a sebepečce, vnímání sebe sama. Mezi nejčastější ošetrovatelské intervence řadíme doprovod pacienta, pomoc při běžných aktivitách, rehabilitaci, nácvik sebepečce, péči o psychiku a v neposlední řadě je důležité pacienta povzbuzovat, motivovat a aktivizovat. Toto onemocnění zasahuje do fyzické, psychické a sociální oblasti nejen nemocného roztroušenou sklerózou, ale i do života jeho blízkých lidí. Léčba roztroušené sklerózy vyžaduje komplexní medicínský přístup, proto se také zvyšují požadavky na ošetrovatelskou péči o pacienty s roztroušenou sklerózou, zejména na saturaci bio-psycho-sociálních potřeb.

Výzkum je proveden formou polostrukturovaných rozhovorů s šesti sestrami neurologického oddělení a s šesti respondenty s roztroušenou sklerózou. Cílem práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty a zmapovat jejich potřeby v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou.

Pacientů s roztroušenou sklerózou neustále přibývá, proto je problematika ošetrovatelské péče o tyto pacienty velmi aktuální. Téma bakalářské práce *„Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou“* je zvoleno vzhledem k tomu, že se osobně dotýká i mé nejbližší rodiny. Práce má za vizi prohloubit a zkompletizovat znalosti v ošetrovatelské péči o pacienty s roztroušenou sklerózou.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie CNS

Z anatomického hlediska se nervový systém dělí na centrální a periferní. Centrální nervový systém je tvořen mozkem a míchou. Periferní nervový systém tvoří mozkové a míšní nervy, včetně jejich jader a předních a zadních míšních rohů.

Mozek (encephalon, cerebrum) se dělí na dvě hemisféry, které jsou tvořeny jednotlivými mozkovými laloky. Zjednodušeně lze mozek rozdělit na mozkový kmen, mezimozek a koncový mozek. Z anatomického hlediska se mozek rozděluje na prodlouženou míchu (medulla oblongata), Varolův most (pons Varoli), střední mozek (mesencephalon), mozeček (cerebellum), mezimozek (diencephalon) a koncový mozek (telencephalon) (Ambler, 2011).

Hřbetní mícha (medulla spinalis) je zploštělý provazcovitý útvar síly malíku. Na průřezu míchou je rozlišitelná šedá a bílá hmota. Vpředu a ve střední čáře vzadu je na míše po celé délce zářez a na bocích jsou podélné žlábký, kde odstupují přední a zadní kořeny míšní. Uprostřed šedé hmoty prochází tenký kanálek (canalis centralis). Šedá hmota odpovídá nahromadění těl neuronů a dále vybíhá v přední, boční a zadní rohy míšní. Bílá hmota je tvořena nervovými vlákny, která v prostoru tvoří provazce. Z míchy vede 31 párů míšních nervů, jež vznikají spojením předních a zadních kořenů. Mícha se dělí na část krční, hrudní, bederní, křížovou a kostrční. Mícha slouží jako vodivá struktura a jako centrum míšních reflexů.

Mozkový kmen (truncus encephali) je pokračováním míchy a jsou zde centra nezbytná pro vitální funkce. Z kmene odstupuje 12 hlavových nervů. Mozkový kmen se skládá z prodloužené míchy, Varolova mostu a středního mozku. V celém kmeni je kromě typických jader i soubor všech šedých hmot, vytvářejících systém jader a spojů. Tato jádra pro kvůli svému síťovému charakteru spojů nesou název retikulární formace. Retikulární formace je tedy tvořená sítí nervových jader a vláken, která získává podněty z míchy a ostatních částí mozku a slouží k přepojování podnětů do jiných oblastí CNS.

Díky tomuto vzájemnému propojení spojuj je RF centrem životně důležitých reflexů (Naňka, Elišková, 2009; Ambler, 2011).

Mozeček (cerebellum) leží nad dorsální stranou kmene a od ostatního mozku ho odděluje tvrdá plena. Základní funkcí mozečku je udržování rovnováhy a vzpřímené polohy, řízení a koordinace pohybů a regulace svalového tonu.

Mezimozek (diencephalon) se skládá z epithalamu, metathalamu, thalamu, subthalamu a hypothalamu. Podvěsek mozkový (hypophysis cerebri) je rozdělený na adenohypofýzu a neurohypofýzu. Adenohypofýza je v podstatě endokrinní žláza, která produkuje hormony: LH, FSH, TSH, STH, ACTH, MSH a prolaktin. Neurohypofýza hormony netvoří, pouze atonálním transportem přivádí oxytocin a adiuretin (Naňka, Elišková, 2009).

Koncový mozek (telencephalon) se skládá ze dvou hemisfér, které od sebe odděluje rýha. Obě hemisféry jsou vzájemně propojeny mohutným svazkem vláken, která spojují stejná místa pravé a levé hemisféry. Na každé hemisféře je rozpoznatelná mozková kůra, pod ní bílá hmota a uvnitř uložená bazální ganglia. V každé hemisféře se nachází postranní komora mozková. Bílou hmotu tvoří výběžky neuronů, probíhají v ní tedy dráhy. Bazální ganglia jsou shluky šedých hmot, které jsou zanořené do bílé hmoty koncového mozku a slouží ke zpracování iniciačních impulsů pro hybnost (podněty přichází převážně z kůry) a předkládají zpracované podněty frontální kůře a motorickým centrům mozkového kmene k provedení motorické akce. Mozková kůra (cortex cerebri) se nachází na povrchu obou hemisfér. Hlubší rýhy na mozkové kůře oddělují jednotlivé laloky, které jsou nadále členěny mělčími rýhami na jednotlivé závitky (gyri cerebri) (Naňka, Elišková, 2009).

Mozkové komory (ventriculi cerebri) jsou celkem 4 a tvoří komorový systém. Dvě postranní komory jsou v hemisférách, třetí komora leží mezi thalamy obou stran a čtvrtá se nachází mezi mozečkem a mozkovým kmenem. Likvor (mozkomíšní mok, latinsky liquor cerebrospinalis) se vstřebává přes granule arachnoidey do systému žilních splavů. Likvoru je asi 150 ml a denní produkce je přibližně 500 ml.

Centrální nervový systém je chráněn kromě kostěné opory (páteř a lebka) i vazivovými obaly (mozkové pleny). Díky mozkomíšnímu moku je mozek v prostoru

mezi obaly nadlehčován a izolován proti otřesům. Z pohledu makroskopické anatomie jsou popisovány tři vrstvy obalů: tvrdá plena (dura mater), pavučnice (arachnoidea), měkká plena (pia mater).

Mozek i mícha jsou obzvláště citlivé na dodávku kyslíku. Mícha je zásobována z větví arteria subclavia a z aorta descendens. Žilní odtok zajišťuje průběh vén v míše, který je podobný průběhu arterií. Žilní krev je nezávisle na průběhu arterií odváděna do segmentálních žil v jednotlivých částech trupu od baze lební po kostrč. Hlavním zdrojem pro zásobení mozku krví jsou arteria vertebralis a arteria carotis interna. Arteria vertebralis se po vstupu do lebky spojuje s druhostrannou arteria vertebralis a vytváří arteria basilaris. Willisův okruh je vytvořen spojením a. basilaris a a. carotis interna. Z Willisova okruhu vycházejí tepny pro jednotlivé mozkové laloky. Žilní odtok krve z mozku se dělí na odtok z kmene a odtok z hemisfér (Naňka, Elišková, 2009).

1.2 Fyziologie nervového systému

CNS je nejvýše postaveným řídicím a integrujícím systémem v organismu. Kromě řady obecných morfologických a funkčních rysů, společných prakticky pro všechny systémy a funkční celky organismu, je CNS charakterizována i řadou specifických funkcí a strukturálních odlišností. Z hlediska hierarchie je CNS postavena nejvýše. Řídí nebo zasahuje do funkce všech orgánů a koordinuje jejich činnost a vzájemné vztahy tak, aby odpovídaly potřebám organismu. Vyniká především rychlostí a přesností zaznamenání obrovského množství informací o stavu vnitřního a vnějšího prostředí organismu v jedné časové jednotce. Další důležitou vlastností CNS je přesnost a rychlost zpracování těchto vstupních údajů a jejich další analýza za využití informací nahromaděných v paměťových stopách. Neurony CNS nemají prakticky možnost regenerace. Počet neuronů v postnatálním období i za fyziologických podmínek klesá a zaniklé neurony mohou být nahrazeny pouze neuroglíí (Kittnar et al., 2011).

Nervová buňka (neuron) je základní stavební jednotkou. Neuron je složen z těla (soma) a výběžků větvičkovitého charakteru (dendrity), které přijímají informace. Neuron přijímá informace i prostřednictvím povrchu svého těla. Tyto informace neuron zpracovává a předává dál axonem (neuritem). Axon je výběžek neuronu, který má různou délku a je obalen myelinovou pochvou (nebo nemusí být obalen). Pochva má lipidní strukturu a zvláštní složení, což je významné pro přenos informací. Myelinový obal je přerušován v pravidelných úsecích Ranvierovými zářezy. Přenos informací (transmisi) zprostředkovává kontakt (synapse) mezi membránami dvou buněk. Podle místa, kde synapse předávají informace, rozlišujeme spojení axo-somatické, axo-dendritické či axo-axonální. Synapse se dále dělí dle způsobu přenosu vzruchu na synapse chemické, kdy je informace zprostředkována chemickou látkou (např. noradrenalin, acetylcholin). Dále na synapse elektrické, které umožňují přenos informací těsným kontaktem dvou buněčných membrán za přítomnosti určitého napětí (Mourek, 2012).

1.3 Historie RS

Není zcela známo, jak dlouho roztroušená skleróza existuje. V podstatě až do středověku nejsou o nemoci žádné doklady. První zmínky o tomto onemocnění pochází ze 14. století, kdy se měly první příznaky objevit u svaté Lidwiny ze Schiedamu. Později byl tento příběh zpochybněn s tím, že se jednalo o stavy hysterie. V historii se podobných příběhů vyskytuje více. Věrohodný popis nemoci se všemi typickými příznaky včetně časových údajů o trvání atak a postupném vývoji invalidity poskytuje deník Augusta d'Este (1794 – 1848). Ve svém deníku zaznamenává objevení prvních příznaků a jejich postup přes potácivou chůzi až k pokročilému ochrnutí. Skotský lékař Robert Carswell (1793 – 1857) pořídil v roce 1838 první anatomický popis nemoci a detailně tak zaznamenal patologické změny mozku a míchy pacienta. Ta samá patologie byla popsána u dalších nemocných Jeanem Cruveilhierem z Limoges (1791 – 1874) (Havrdová et al., 2013).

Další významná osobnost v historii roztroušené sklerózy je francouzský neurolog Jean Martin Charcot (1825 – 1893), který se zasloužil o klinickou a morfologickou formulaci roztroušené sklerózy a definoval ji jako „sclerose en plaques“ čili označení pro plaka, což jsou zánětlivá ložiska. Tento termín je v medicíně používán dodnes. Příznakově vymezil samostatnou jednotku a povšiml si větší častosti nemoci u žen a někdy i velmi mírného průběhu choroby. Jeho žáci píší v roce 1869 první monografii, v níž poukazují na škodlivý vliv těhotenství na roztroušenou sklerózu. V této době léčba probíhala pomocí preparátů kovů a alkaloidů (Lenský, 1996).

1.4 Roztroušená skleróza

1.4.1 Charakteristika RS

Definice roztroušené sklerózy podle profesorky Havrdové: „*Roztroušená skleróza (RS) je choroba centrálního nervového systému (CNS), v jejíž patogenezi se uplatňují zánětlivé procesy vedoucí k fokální destrukci myelinu, astroglióze a ztrátě axonů. Na rozdíl od jiných encefalitid však není imunitní reakce zaměřena přímo proti mikrobiálnímu vyvolavateli, ale zprostředkovaně, a je udržována autoimunitními imunopatologickými procesy*“ (Havrdová et al., 2013, s. 39).

Doposud se na roztroušenou sklerózu nenašla účinná terapie, která by chorobu plně vyléčila, ale současné léčebné možnosti umožňují při správné a včasné intervenci pacientům vést kvalitní život s touto nelehkou diagnózou (Mareš, 2012).

Roztroušená skleróza je multifaktoriální onemocnění a na jeho vzniku se podílí faktory zevní i vnitřní a nepochybně řada zatím zcela neznámých faktorů. Navzdory četným a intenzivním výzkumům na poli neuroimunologie a molekulární biologie není příčina roztroušené sklerózy zcela známa.

Vnímavost vůči této nemoci je s největší pravděpodobností určena geneticky.

„Pravděpodobnost onemocnění individua RS se mění v závislosti na familiárním výskytu takto:

- *není-li v rodině nikdo s RS 1:1000*
- *má-li matka RS, dítě je děvče 1:50*
- *má-li otec RS, dítě je chlapec 1:100*
- *má-li jednovaječné dvojče RS 1:3*
- *má-li nejednovaječné dvojče RS – jako u ostatních sourozenců 1:20*
- *má-li pokrevný příbuzný RS 1:20 – 1:50“ (Kaňovský, Herzig, 2007, s. 180).*

Dále se na vzniku RS podílí některé infekce, nedostatek vitamínu D, kouření, hormonální změny (menarche, porod, menopauza) a výživa. Mezi nejvíce diskutovaná infekční agens, která by se mohla podílet na vzniku RS, patří herpetické viry (EBV, herpesvirus 6, cytomegalovirus), retroviry a Chlamydia pneumoniae. U EB viru je největší množství důkazů o jeho možném podílu na vzniku RS. Vitamin D se kromě regulace vápníku podílí též na imunitních pochodech v těle. Mezi jeho důležité funkce patří regulace produkce prozánětlivých cytokinů, což vede k redukci zánětlivé reakce (Havrdová et al., 2013). Dlouhodobý nedostatek tohoto vitamínu může vést ke zvýšenému nárůstu RS, ale také ke zvýšenému výskytu dalších autoimunitních onemocnění (např. revmatoidní artritida). Nedostatečný přísun vitamínu D je typický pro oblasti vzdálenější od rovníku, kde je nižší intenzita slunečního svitu, a to zejména v zimních měsících. V přímořských oblastech je tento vitamin přijímán ve zvýšené míře potravou (především ryb), proto se prevalence RS snižuje. Podle posledních studií bylo prokázáno, že doporučená denní dávka vitamínu D pro dospělého jedince, především v zimních měsících, by měla být kolem 1000 IU za den (Benešová, 2013).

Kouření je další rizikový faktor pro vznik RS i pro její další průběh. Onemocnění postihuje téměř dvakrát více kuřáků než nekuřáků. Studie z Harvardské univerzity zveřejněná v roce 2009 zjistila, že kouření zhoršuje průběh nemoci a přestat kouřit může pomoci. Výzkumné studie se zúčastnilo celkem 1465 respondentů s RS složených z nekuřáků, bývalých kuřáků a nekuřáků. Během tříletého výzkumu bylo zjištěno, že invalidita v důsledku RS postupuje rychleji u kuřáků. Tento rozdíl byl patrný i při

kontrolním vyšetření na magnetické rezonanci. Výsledky bývalých kuřáků a nekuřáků se výrazně neodlišovaly. Z tohoto výzkumu vyplývá, že absence kouření v průběhu nemoci může oddálit progresi RS (Study Adds Evidence that Smoking Worsens MS, and Quitting May Help, 2009).

Prevalence RS, tedy počet nemocných na celkový počet obyvatel významně narůstá. Prevalence v ČR je vysoká, kolem 100 – 130 na 100 000 obyvatel. V celosvětovém měřítku žije na světě přibližně 2,5 milionu osob trpících touto nemocí. RS je nejčastější příčinou invalidity u osob v produktivním věku. První příznaky se objevují mezi 20. a 40. rokem života, častěji u žen než u mužů. Avšak onemocnění může dlouho probíhat inaparentně (Havrdová et al., 2013).

1.4.2 Příznaky RS

Mezi nejčastější příznaky začátku choroby patří optická – retrobulbární neuritida, která se projevuje různou mírou poruchy zraku (výpadky zorného pole, zamlžené vidění, atd.). Mezi příznaky, které jsou často na začátku choroby podceňovány, patří ztráta citlivosti nebo její změny (parestézie, hypestézie, dysestézie). Dalším vážným příznakem jsou poruchy hybnosti – obrny, které jsou centrálního charakteru a jsou provázeny zvýšením svalového tonu – elasticitou. Různý stupeň spastických paréz s predilekčním postižením dolních končetin je spojen s poruchou sfinkterů (inkontinence, retence, imperativní mikce). V souvislosti se sfinkterovými poruchami se také vyskytují sexuální poruchy, na kterých však může mít podíl únava, deprese a vliv léků (Havrdová, 2011).

Závažné jsou mozečkové příznaky, které se často kombinují s vertigem a poruchami rovnováhy. Dále se vyskytují poruchy autonomního nervového systému (dysurické potíže, tachykardie, hypotermie, abnormální odpověď potních žláz aj.), kognitivní a afektivní poruchy, únava, deprese, euforie a bolest. K vzácným projevům se řadí epileptický záchvat, intenzivní bolest hlavy i extrapyramidové poruchy (Kaňovský, Herzig, 2007).

Spouštěcími faktory RS jsou především virové infekce, dále porod a období po porodu, především díky hormonálním změnám, které mají vliv na imunitní systém, psychický a fyzický stres, chirurgické výkony, vzácně se může uplatnit imunizace (Havrdová et al., 2001).

1.4.3 Typy a průběh onemocnění

Podle klinické závažnosti průběhu nemoci se používají kategorie benigní a maligní RS. Termínem benigní RS se označuje průběh onemocnění, kdy po 15 letech od prvního příznaku je pacient bez neurologického deficitu, bez atak či nárůstu invalidity. Dříve bylo takto označováno mnoho případů RS, avšak v současné době se ukázalo, že skutečně benigních případů je velmi málo – asi 5%. Vždy je důležité stále a dlouhodobě sledovat pacienty s RS, protože pořád existuje riziko zvrhnutí onemocnění do maligní formy. Jako maligní RS je označován průběh, kdy v relativně krátké době od začátku nemoci dochází k rychlé progresi neurologického deficitu a pacient během několika měsíců až let umírá (Havrdová et al., 2013; Waberžinek, Krajíčková, 2007).

Klinický průběh této nemoci je charakterizován akutním zhoršením neurologických příznaků (relaps, exacerbace, ataka) nebo postupným progresivním zhoršováním neurologických funkcí, někdy i kombinací obou (Havrdová et al., 2013).

K posouzení stádia onemocnění se používá celosvětově rozšířená Kurtzkeho škála (Příloha 1), která vyjadřuje pohybové možnosti pacienta dle desetistupňového hodnocení (Kolář et al., 2009). Kurtzkeho stupnice postižení je určována podle 7 funkčních systémů – funkce senzitivní, zrakové, pyramidové, mozečkové, mozkového kmene, mozkové a funkce vegetativního nervového systému. Škála má rozpětí 0 – 10, intervalem každého stupně je 0,5 bodu. Dle této škály lze nemocné RS rozdělit do skupin s nižším nebo vyšším stupněm postižení. Pacienti s nižším stupněm postižení RS potřebují minimum pomoci od ošetrovatelského personálu, jelikož většinou mají zachovanou plnou mobilitu, jsou schopni zvládat sebekpéči, nemají výrazné omezení v každodenních činnostech a za určitých podmínek mají zachovanou schopnost práce.

Toto odpovídá stupni 0 – 5 Kurtzkeho škály. Pacienti s vyšším stupněm postižení RS jsou značně omezeni v chůzi, samostatném pohybu a většinou se neobejdou bez použití kompenzačních pomůcek a později bez pomoci druhých lidí. Problém nastává také v oblasti sebepečce a dochází k výraznému omezení v každodenních aktivitách. Na Kurtzkeho škále je toto hodnoceno od stupně 5 a výše (<http://zivot-s-rs.cz>; Lenský, 1996).

Samotný průběh choroby profesorka Havrdová (2013) rozděluje do 4 kategorií:

Relaps – remitentní RS

Tato forma RS je charakterizována neurologickým zhoršením (atakou), po kterém následuje úplné uzdravení nebo neúplné uzdravení – s neurologickým deficitem. Dochází tedy ke střídání atak a remisí (Havrdová et al., 2013). U malého počtu nemocných s touto formou nemoci probíhá RS benigně. Objevují se jen nepatrné potíže, které nenutí pacienta navštívit lékaře. Diagnostika benigního průběhu u této formy je velmi obtížná (Murray et al., 2012).

Primárně progresivní RS

Od počátku onemocnění se projevuje trvale narůstajícím neurologickým deficitem bez přítomnosti atak. Převažuje spastická paraparéza DK se sfinkterovými poruchami. Patologicky jde o odlišnou formu nemoci, poněvadž je přítomen rozdílný histopatologický nález s malou zánětlivou aktivitou a časnou ztrátou oligodendrocytů. Tato forma je hůře ovlivnitelná léky (Kaňovský, Herzig, 2007).

Sekundárně progresivní RS

Tento průběh RS je pokračovatelem relaps – remitentního období. Ataky se objevují v malém počtu nebo zcela vymizí a místo nich převažují degenerativní procesy. Dochází k postupnému vyčerpání regeneračních schopností CNS. Při každé další zánětlivé aktivitě již nedochází k částečné úpravě neurologického deficitu, ale ke vzniku trvalých následků s určitým stupněm invalidity (Havrdová, 2009).

Progresivní – relabující RS

Tato forma RS má ze všech kategorií nejhorší průběh a následky. Je charakterizována progresivním zhoršováním nemoci od začátku, s akutními relapsy s úplným uzdravením nebo bez něj. V období mezi relapsy pokračuje zhoršování neurologického deficitu. Nemocný bývá zpravidla těžce invalidizován během několika let. Tento typ RS se vyskytuje u malého procenta nemocných lidí (Havrdová et al., 2013; Havrdová, 2009).

1.4.4 Diagnostika RS

Ani v dnešní době neexistuje jediný specifický test, který by vyloučil či jednoznačně potvrdil diagnózu RS.

Základem pro diagnostiku RS jsou od roku 2001 McDonaldova kritéria, jejichž využívání v diagnostice je velmi důležité pro prognózu a léčbu. Kombinují klinický nález (zhodnocený např. podle Kurtzkeho škály), objektivní léze a pomocné vyšetřovací metody. Pomocné vyšetřovací metody jsou magnetická rezonance, zrkové evokované potenciály a vyšetření mozkomíšního moku (Vaněčková, Seidl, 2010).

Diagnostika RS podle McDonaldových kritérií aktualizovaných v roce 2010 (Příloha 2) umožňuje stanovit diagnózu RS po první atace neurologických příznaků při klinicky izolovaném syndromu (Havrdová et al., 2013).

Od roku 2010 jsou v platnosti nová diagnostická kritéria MAGNIMS. Cílem je posunout diagnostiku co nejbližší začátku nemoci, aby bylo možné co nejdříve zahájit léčbu. Jako v celé medicíně, i zde platí, že čím dříve začne léčba, tím lepší výsledek lze očekávat (Tyrliková et al., 2012).

Pomocné vyšetřovací metody jsou:

Magnetická rezonance je v současnosti nejčastěji využívaná metoda, která pomáhá při diagnostice, stanovení prognózy a sledování průběhu choroby. Aktualizovaná McDonaldova kritéria umožňují stanovit diagnózu již z prvního snímku z MR. Nález

musí splňovat diseminaci mnohočetných ložisek v prostoru a čase. Diseminace v prostoru znamená přítomnost alespoň 1 asymptomatického ložiska ve 2 typických lokalizacích ze 4. Diseminace v čase znamená současnou přítomnost enhancujících a neenhancujících ložisek na jednom skenu. Pokud nejsou splněna tato kritéria, tak se musí provést další snímky s časovým odstupem (Horáková, Vaněčková, 2012).

Vyšetření likvoru (mozkomíšního moku) prokáže zánětlivou povahu procesu. Odběr se provádí lumbální punkcí. Novými metodami lze prokázat jednotlivé oligoklonální frakce gamaglobulinů. Běžným nálezem je mírné zmnožení buněk s aktivací lymfocytů a přítomnost oligoklonálních pásů. Pro RS je typická přítomnost těchto OCB v mozkomíšním moku a chybění v séru. To znamená, že v CNS dochází k produkci protilátek, které nejsou jinde v těle vyráběny, a to znamená probíhající chronický zánět. Tyto pásy se vyskytují u 90 – 95% nemocných RS. Statistiky ukazují, že po 25 letech od stanovení diagnózy RS přežívá 75% nemocných (Seidl, 2008; Tyrlíková et al., 2012).

Evokované potenciály jsou metodou objektivní a neinvazivní, slouží k diagnostice a k odhadu rychlosti progresu a dalšího průběhu nemoci. EP umožní určit poruchu vedení v centrálních úsecích senzorických a motorických drah a prokázat tak vícečetný charakter poškození bílé hmoty tím, že sledují elektrickou aktivitu v mozku, která vzniká v reakci na vnější podnět. Porucha se projeví pomalým vedením nervového vzruchu. V praxi se často používají zrkové, somatosenzorické a motorické evokované potenciály. Kmenové sluchové evokované potenciály se v poslední době pro malý diagnostický význam příliš nepoužívají (Havrdová et al., 2013).

Optická koherentní tomografie je neinvazivní zobrazovací metoda využívající odraz infračerveného paprsku od tkáňových struktur v oblasti sítnice ke kvantifikaci tloušťky sítnice a makuly. Zrková dráha bývá často postiženou oblastí, kde se navíc v přední části jejího průběhu nachází axony bez nervových obalů. Tato metoda lze využít k přímému sledování neurodegenerativních procesů nebo k monitorování působení nasazené terapie (Havrdová et al., 2013).

Při očním vyšetření se provádí vyšetření očního pozadí. Může být přítomen edém papily, zánět či degenerace. Temporální vyblednutí je projevem atrofie papily a častým nálezem v pozdních stádiích onemocnění (Kaňovský, Herzig, 2007).

1.4.5 Role sestry při diagnostice RS

Diagnostika RS začíná anamnézou pacienta. Kromě informací, které jsou zjišťovány při každé anamnéze, je důležité se zaměřit na přítomnost nemocí v rodině, prodělané infekce v minulosti i současnosti, užívání léků a příznaky, které by mohly svědčit pro roztroušenou sklerózu. Je to většinou sestra, která přijde do kontaktu s pacientem jako první a sbírá od pacienta mnoho informací důležitých pro diagnostiku, proto je při sběru informací pro anamnézu role sestry významná. Nedílnou součástí diagnostiky je rovněž fyzikální vyšetření, při němž si sestra i lékař všímají vzhledu, pohybů a pohyblivosti pacienta, jeho chování, prožívání, projevy infekcí a vyšetření citlivosti (Seidl, 2008; Slezáková, 2014).

Především je třeba se zmínit o úloze sestry při odběru mozkomíšního moku, který se získává lumbální punkcí. K povinnostem sestry patří příprava pomůcek pro punkci a také příprava pacienta k výkonu. Pacient se vyšetření může obávat, proto by mu měl lékař vše řádně vysvětlit a uklidnit ho. Také sestra poskytuje pacientovi informace o průběhu, významu vyšetření a ošetření po výkonu. Pacient musí s vyšetřením souhlasit. Během výkonu sestra asistuje lékaři a uklidňuje pacienta, pomáhá mu udržet správnou polohu, aby měl lékař snadnější přístup k místu punkce. Po odebrání vzorku likvoru musí sestra sterilně ošetřit místo vpichu a zajistit transport do laboratoře. Po výkonu sestra pomůže zaujmout pacientovi polohu na břiše (1 – 2 hodiny bez polštáře), později ve vodorovné poloze s mírně podloženou hlavou. V této poloze musí pacient setrvat 8 – 20 hodin, aby se doplnil obsah likvoru. Pacient musí být upozorněn, že z preventivních důvodů nesmí zvedat hlavu, vstát a posadit se. Po tuto dobu je sestra povinna kontrolovat pacienta, zda dodržuje stanovený léčebný režim, zda nedošlo

k výskytu komplikací po vyšetření. Dalším úkolem sestry je zajistit dostatečný příjem tekutin a provést záznam výkonu do ošetrovatelské dokumentace (Slezáková, 2014).

1.4.6 Léčba RS

Terapie RS je základně rozdělena na léčbu akutní ataky, léčbu dlouhodobou a symptomatickou. Vzhledem k současným znalostem o časně a nevratné axonální lézi (heslem se stává „time is axon“) je obecně doporučováno včasné zahájení intenzivní léčby v úvodních stádiích onemocnění (Kaňovský, Herzig, 2007).

Léčba pacientů probíhá ve specializovaných neurologických RS centrech. Přístup k terapii RS musí být komplexní. Komplexní léčba zahrnuje nejen léčbu farmakologickou, ale i léčbu rehabilitační a psychoterapii. Je důležité pacienta informovat o možnostech a nutnosti dodržování zdravého životního stylu (Preiningarová, 2012).

Cílem léčby akutní ataky je protizánětlivá terapie. Profesorka Havrdová uvádí, že akutní ataka představuje náhlé vzplanutí zánětu, proto by měla být zahájena včasná léčba, a to vždy, pokud příznaky nemocnému vadí.

Lékem první volby je i.v. aplikovaný methylprednisolon – Solumedrol v doporučené dávce 3 – 5 g rozdělený do několika denních dávek. Zpravidla se podává 1 g denně po dobu několika dnů a poté se přechází na udržovací dávku perorální kortikosteroidů (Medrol 4 – 16 mg, Prednison 5 – 20 mg) podle klinické odezvy. Dávkování je vždy individuální a pacient by měl být preventivně zajištěn proti nežádoucím účinkům kortikosteroidů (antacida, vitamín D, kalcium apod.). Nevyřešenou otázkou při intenzivní infúzní terapii kortikoidy je, zda je nutné pokračovat s postupně se snižujícími dávkami p.o. steroidů (tzv. taper), aby se předešlo exacerbaci zánětu (tzv. rebound fenomén). Obecně se připouští, že pokud má pacient zavedenou imunomodulační terapii, taper je zbytečný. Pokud však pacient na jiné terapii není, pak je taper vhodný (Havrdová et al., 2013; Havrdová, 2009; Kaňovský, Herzig, 2007).

Cílem dlouhodobé terapie je snížit počet atak a zpomalit zhoršování onemocnění (Havrdová, 2009). Lékem první volby je interferon beta, který podstatně snižuje zánětlivou aktivitu nemoci. Dalším lékem je glatiramer acetát, který mění reaktivitu imunitních buněk podílejících se na vzniku zánětlivých ložisek v mozku a míše. Aplikace léků je injekční formou, a to s frekvencí podle jednotlivých typů preparátů 1x denně až 1x týdně. K jejich aplikaci jsou pacienti edukováni. K nejčastějším nežádoucím účinkům interferonu beta patří tzv. chřipkový syndrom (zimnice, subfebrilie až horečka, bolesti svalů a kloubů, únava). Lze mu většinou účinně bránit současným podáním nesteroidních antirevmatik, pozvolnou titrací dávky léku na začátku léčby nebo aplikací léku na noc. Lokální reakce v místě vpichu (zarudnutí, bolestivost, zatvrdnutí) jsou častým nežádoucím účinkem při této terapii. Tyto léky patří do skupiny imunomodulačních léčiv (Havrdová et al., 2013; Kaňovský, Herzig, 2007).

Pokud pacient nesplňuje kritéria pro léky první volby nebo nesnáší léčbu dobře, podávají se perorálně kortikoidy či imunosupresiva (Azathioprine, Metothrexate) (Meluzínová, 2010).

Další alternativou léčby RS jsou léky druhé volby, mezi které patří intravenózní imunoglobuliny, což jsou koncentrované protilátky od zdravých dárců. Používají se k potlačení tvorby patologických protilátek, které poškozují nervový systém. Další volbou je fingolimod, který se podává perorálně. Tento lék má schopnost zadržet leukocyty v uzlinách, tím omezí jejich vstup do CNS a působí tak proti destrukci myelinu (Havrdová et al., 2012).

V posledních letech byla testována monoklonální protilátka natalizumab (Tysabri). Využívá se pro léčbu relaps – remitentní RS s vysokou aktivitou nemoci. Podle výsledků studií je lék dobře snášen a má dvojnásobně vyšší efektivitu oproti stávajícím lékům první volby (Mareš, 2012). K dalším imunomodulačním lékům patří teriflunomid, dimethylfumarát, alemtuzumab (Havrdová et al., 2013).

Příznaky RS vedou ke snížení kvality života nemocného a jejich léčba je na místě bez ohledu na stadium nemoci. Hlavním vodítkem v léčbě příznaků jsou potřeby pacienta a individuální přání. Cílem symptomatické léčby je zlepšit kvalitu života pacienta a předejít tak možným komplikacím neléčených příznaků. Spasticita se tlumí

centrálními myorelaxancií (baklofen, tizanidin, tetrazepam p.o. nebo pomocí baklofenové pumpy), sfinkterové potíže se dle urodynamického vyšetření léčí anticholinergiky. Zaléčení uroinfekce antibiotiky je samozřejmostí. Deprese pacientů s RS se léčí kombinací psychoterapie s podáváním antidepresiv typu SSRI s minimálními sedativními a hypotenzními účinky. Únava vzniká často sekundárně v důsledku jiných příznaků RS (nespavost, deprese, bolesti atd.), proto je nutné nejdříve odstranit tyto vyvolávající symptomy. Pokud selžou veškerá možná režimová opatření, tak z farmakologického hlediska se používají léky jako amantadin hydrochlorid, modaginil, fluoxetin, kyselina acetylsalicylová. Také se doporučuje užívání vitaminů skupiny B. Ke zlepšení chůze u pacientů s RS se používá fampridin (lék Fampyra). Je kontraindikován u pacientů s anamnézou epileptických záchvatů. Při terapii bolesti je základem rozpoznat její příčinu. Primárně se jedná o neuropatickou bolest, která je léčena antiepileptiky. Dále se využívají nesteroidní antiflogistika, antidepresiva a někdy opioidy. Muskuloskeletální bolest v důsledku změn pohybových stereotypů a spasticity je léčena nesteroidními antiflogistiky a opioidy. Třes je u RS většinou mozečkového původu, na léčbu reaguje minimálně. V poslední době byl nejlepší výsledek pozorován při lokální aplikaci botulotoxinu do postiženého místa (Havrdová et al., 2013; Kaňovský, Herzig, 2007).

Zdravá životospráva a udržování dobré fyzické kondice jsou základem režimových opatření. Samozřejmostí by mělo být pravidelné cvičení a strava bohatá na bílkoviny a vitamíny v přirozené podobě. Obecně je obezita považována jako prozánětlivý stav. Velmi vhodná je suplementace vitaminu D, který v naší populaci značně chybí. Dalším nezbytným opatřením je prevence infekcí, obzvláště v rizikovém období a na rizikových pracovištích (Havrdová et al., 2013).

Úkolem rehabilitace je usnadnit a zlepšit vykonávání běžných aktivit života, dosáhnout osvojení nových schopností, které povedou k aktivaci pacienta a dosažení nejvyšší možné úrovně soběstačnosti. Pomáhá lidem k zotavení, udržení či zlepšení fyzické, psychické, intelektové, smyslové a sociální úrovně. Jde o komplexní přístup, jehož součástí je fyzioterapie, logoterapie, ergoterapie a další disciplíny ovlivňující kvalitu života (Havrdová et al., 2013; Řasová, 2007).

1.4.7 Role sestry při léčbě pacienta s RS

Sestra má nezastupitelnou roli při informování pacienta a nácviku při aplikaci léčiv. Velmi často jsou pacienti s RS léčeni interferonem, proto je třeba zdůraznit úlohu sestry při aplikaci tohoto léku.

Pacient musí být informován o plánovaném podání léčiva a postupu při jeho aplikaci. Terapie interferonem začíná dávkou 0,25 ml a postupně se zvyšuje při každé čtvrté injekci ve čtyřech krocích až na 1,0 ml. Ve spolupráci s pacientem může lékař rozhodnout o změně časových intervalů na zvyšování dávky. Sestra pacientovi vysvětlí, jaké léky si bude sám aplikovat, jak bude léky uchovávat a co bude dělat v případě výskytu nežádoucích účinků (tzv. chřipkový syndrom). Reakce začíná 2 – 3 hodiny po aplikaci injekce, ale většinou v průběhu několika hodin ustoupí. Důležitým cílem je, aby pacient sám zvládl aplikaci léku. Dále sestra vysvětlí, jaká jsou vhodná místa vpichu a důležitost zachování čistoty místa vpichu, dezinfekci a sterilním postupu aplikace léku a také ošetření místa vpichu krémem s obsahem vitaminu E. Po aplikaci podkožní injekce se může objevit kožní reakce (zarudnutí místa vpichu, svědění). Jako první pomoc se doporučuje přiložit na místo vpichu studený či teplý gelový polštářek. Je vhodné, aby si pacient vedl deníček, do kterého by si zaznamenával aktuální místa vpichu a předešel tak jejich opakování. Sestra upozorní pacienta na nutnost sledování expirace léků, kontrolu obsahu a vzhledu léku. Při cestování do zahraničí jsou pacienti vybaveni pasem na léky, které užívají a chladicí taškou, aby dodrželi správné uchování léků i mimo své bydliště. Pokud se některé léky musí ředit, sestra pacientovi vysvětlí a ukáže správný postup ředění a seznámí jej s následnou likvidací odpadu (Slezáková, 2014).

1.5 Ošetrovateľská péče a ošetrovateľský proces u pacientů s RS

1.5.1 Ošetrovateľský proces u pacientů s RS

Ošetrovateľský proces je základem moderní ošetrovateľské péče. Samotný proces predstavuje sériu plánovaných činností, ktoré jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Ošetrovateľský proces se zabývá osobními potřebami pacienta, jeho obtížemi a snahou tyto obtíže co nejvíce eliminovat. Do ošetrovateľské praxe je nejčastěji zaveden pětifázový proces. Jednotlivé fáze jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová et al., 2009).

Fáze posuzování zahrnuje zjišťování skutečností o pacientovi a celkové zhodnocení stavu pacienta. Sestra hledá patologické procesy a rizikové faktory, které mohou negativně ovlivňovat klientův zdravotní stav, a zároveň zjišťuje silné stránky pacienta. Databázi informací tvoří údaje z anamnézy, údaje získané při fyzikálním vyšetření a zaměřené na neurologické odchylky, výsledky laboratorních a diagnostických vyšetření. Během fyzikálního vyšetření si u nemocného RS může sestra všimnout poruchy vizu, poruch citlivosti, závratí, narušené stability a chůze, rychlé unavitelnosti, omezené motoriky a v pokročilém stádiu RS imobility a dalších projevů RS. Vhodné je použít posuzovací škály ke zjištění úrovně soběstačnosti pacienta, jelikož u pacientů s RS je různý stupeň omezení v závislosti na stádiu nemoci. Stejně důležité je zjistit psychologické a sociální údaje např. kolísání nálad, reakci na hospitalizaci, informovanost a schopnost komunikace. V diagnostické fázi provádí sestra analýzu získaných dat a stanoví aktuální i potenciální problémy, tj. ošetrovateľskou diagnózu. Oblast ošetrovateľské diagnózy zahrnuje pouze takové stavy, které jsou v kompetenci sestry (např. nedostatečná sebestarána, narušená pohyblivost, narušené polykání apod.). Je třeba brát v úvahu i takové vlastnosti pacienta, které mohou dopomoci či naopak ztížit zvládání nemoci. Při plánování musí sestra stanovit stupeň naléhavosti řešení problému klienta a rozdělit se úkoly ošetrovateľského týmu. Dále se vytyčí cíle, výsledná kritéria a intervence, s jejichž pomocí se dosáhne daných cílů a vše se dokumentuje. Do fáze realizace patří uskutečnění plánovaných aktivit, nejprve je nutné aktualizovat stav

klienta. Toto opakované posuzování stavu pacienta se provádí stále. Při vyhodnocování ošetrovatelského procesu se hodnotí splnění stanovených cílů a prospěšnost cílů pro zdravotní stav pacienta (Slezáková, 2014; Tóthová et al., 2009). V následující kapitole se budu věnovat ošetrovatelským problémům u pacientů s RS.

1.5.2 Specifické ošetrovatelské problémy u pacientů s RS

Roztroušená skleróza nemá žádný sobě vlastní ošetrovatelský problém, naopak je to soubor ošetrovatelských problémů v mnoha oblastech, a proto je problematika ošetrovatelské péče tak náročná.

Spasticita u pacienta s RS je vázána na poruchu hybnosti, která je způsobena degenerativním onemocněním CNS. Rehabilitace je nedílnou součástí terapie spasticity. Ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí rehabilitaci také sestra. Provádí se aktivní i pasivní cvičení kloubních a svalových struktur. Snažíme se o zachování co největšího rozsahu pohybu, samostatnosti a soběstačnosti pacienta. U klientů, kteří již mají těžkou poruchu hybnosti, se ošetrovatelská péče zaměřuje na prevenci dekubitů. Sestra dbá o pravidelné polohování klienta, využívá antidekubitární pomůcky, dbá o čistotu kůže, dostatečnou výživu a hydrataci pacienta (Havrdová et al., 2013; Kozierová, 1995).

Součástí ošetrovatelské péče je motivace pacienta, nácvik sebeobsluhy a dosažení největší možné soběstačnosti klienta, jelikož nemocní RS se velmi často potýkají s poruchou rovnováhy a třesem. Nesmíme zapomenout na zajištění bezpečnosti pacienta, na prevenci pádů. Snažíme se optimálně upravit prostředí, ve kterém se pacient pohybuje a zajistit kompenzační pomůcky, které klientovi umožní co největší samostatnost při vykonávání každodenních činností (Slezáková, 2014). Ke zhodnocení stupně závislosti se často používá Barthelův test základních všedních činností (Příloha 3) a Test instrumentálních všedních činností zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti (Příloha 4).

V pokročilém stadiu RS dochází u pacientů k částečné nebo úplné imobilitě, která vzniká v důsledku poruchy hybnosti způsobené postižením CNS. Pacienti jsou upoutáni

na invalidní vozík, v horším případě na lůžko a odkázání na pomoc druhých. Ošetrovatelská péče se odvíjí od stupně závažnosti postižení nemocného. V důsledku imobility jsou klienti ohroženi poruchou vyprazdňování, depresí, pneumonií, tromboembolickou nemocí a dalšími zdravotními problémy. U pacientů s těžkou poruchou hybnosti je ošetrovatelské péče zaměřena na prevenci dekubitů, tedy polohování klienta, péče o pokožku, zajištění dostatečné výživy a hydratace pacienta. Úkolem sestry je nejen poskytovat ošetrovatelskou péči, která se snaží řešit již vzniklé zdravotní problémy, ale především dbát na prevenci vzniku imobilizačního syndromu. Je velmi důležité, aby byl u pacienta zachován co nejvyšší stupeň mobility (Slezáková, 2014; Kozierová, 1995; Lenský, 1996).

Únava způsobuje značné problémy v mnoha oblastech života – v oblasti fyzické, psychické, rodinné i sociální. U pacientů s RS může být únava příčinou nezaměstnanosti, což se negativně projeví na jejich psychickém stavu. Únava je minimálně terapeuticky ovlivnitelná, proto se vždy začíná v úpravě režimu pacienta. Správnou léčbou daného stadia nemoci a dobrou fyzickou kondicí lze únavu ovlivnit (Havrdová, 2013). Pacient by měl dbát na to, aby nedocházelo k přetěžování a přepínání jeho sil, které by mohlo vést k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Je důležité, aby klient měl v případě potřeby možnost odpočinku. Úkolem sestry je nejen motivovat pacienta k aktivitě, ale i zajistit podmínky k odpočinku a relaxaci (Slezáková, 2014).

Pacient v depresi by neměl zůstat sám. V léčbě deprese má nezastupitelnou úlohu pomoc psychologa, podpora rodiny a přátel. Úlohou sestry je motivovat a poskytnout pacientovi psychickou podporu, oceňovat jakékoli úspěchy, dodávat optimismus a snažit se klientovi pomoci nalézt nový náhled na životní situaci. Vztahy mezi sestrou a klientem by měly být založeny na vzájemné důvěře a respektu. Znamená to, že sestra bude uznávat osobnost pacienta ve všech jeho oblastech. Takový přístup můžeme označit za psychologickou pomoc (Zacharová et al., 2007).

Urologické potíže zasahují do společenského a partnerského života, pacienta se straní společnosti a dochází k prohlubování pocitů osamělosti a deprese. Pacienti se velké chyby dopouštějí tím, že potíže s vyprazdňováním moče řeší omezením pitného režimu. V závažných případech mohou být ohroženi selháním ledvin či septickým

stavem. Cílem ošetrovatelské péče je zajištění a následná edukace pacientů o důležitosti dostatečného příjmu tekutin jako prevence infekce močových cest, udržovat normální návyky močení, nacvičovat posilování svalů pánevního dna. V případě, že klient pociťuje nucení na močení, ale má potíže s vyprázdněním močového měchýře, je důležité poučit pacienta, aby zatlačil rukama nad podbříšek, čímž se zvýší nitrobřišní tlak a vnější tlak na močový měchýř (Slezáková, 2014).

U nemocných s RS se často setkáváme s obtížemi při vyprazdňování stolice. Je to způsobeno neurologickým postižením, ale i nedostatkem pohybu, proto je důležité zachování pohyblivosti pacienta pravidelnou rehabilitací. Ve spolupráci s pacientem se sestra snaží upravit jídelníček, zajistit pravidelnou a pestrou stravu a dostatečný příjem tekutin. Při hospitalizaci může být zácpa způsobena oddalováním defekace z důvodu studu. U klienta, který nemá možnost využít toaletu, je nutné zajistit soukromí. Cílem ošetrovatelské péče je úprava vyprazdňování stolice bez užití projímadel. Dalším pro pacienta stresujícím faktorem je inkontinence stolice. Jedinou možností léčby je nacvičování pravidelného defekačního reflexu a úprava konzistence stolice. Dále je ošetrovatelská péče zaměřena na úpravu a pravidelnost stravování, vyřazení projímavých potravin, na péči o hygienu genitálu, používání vhodných inkontinenčních pomůcek a zajištění intimity pacienta (Mikšová et al., 2006; Kozierová, 1995).

1.5.3 Potřeby pacientů

Pro moderní ošetrovatelství je charakteristickým rysem systematické hodnocení a uspokojování potřeb nemocného i zdravého člověka. Uspokojování potřeb je realizováno prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio – psycho – sociální, která není pouze souborem částí a procesů. Základní koncepcí ošetrovatelství je holismus (Trachtová et al., 2013).

Trachtová definuje potřebu takto: „*Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro*

život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce“ (Trachtová et al., 2013).

K nejčastěji používanému dělení potřeb se v ošetrovatelství využívá Maslowova hierarchie potřeb (Příloha 5).

Na samém základu pyramidy jsou fyziologické potřeby, které vyjadřují základní potřeby organismu a slouží k přežití. Je to potřeba dýchání, výživy, spánku, vyprazdňování, čistoty, pohybu a sexuální potřeby. V případě, že jsou fyziologické potřeby aktuální, tak se stávají dominantními a tudíž ovlivňují jednání a chování jedince (Trachtová et al., 2013). Na druhém stupni se nachází potřeby jistoty a bezpečí, které vystupují v situacích ztráty jistoty a bezpečí, kdy má jedinec pocit ohrožení zdraví a života, ekonomického či existenčního selhání. V podstatě vyjadřují touhu po důvěře, stabilitě, bezpečí, spolehlivosti, osvobození se od strachu a také ekonomické zajištění (Mastiliaková, 2014). Třetí místo zaujímá potřeba lásky a sounáležitosti (též potřeby afilační). Je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti a sociální integrace. Tyto potřeby vstupují do popředí v situacích osamocení nebo opuštění. Dle Maslowa pociťují lidé žijící ve vysoce mobilní společnosti značnou potřebu začlenění do skupin. Na čtvrtém stupni jsou potřeby uznání, ocenění a sebeúcty. Jsou to dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty, sebehodnocení, jež vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění ostatních lidí. Druhá vyjadřuje touhu po respektu ze strany druhých lidí, umístění a prestiže uvnitř sociální skupiny. Na vrcholu pyramidy se nachází potřeba seberealizace, sebeaktualizace. Tyto potřeby vyjadřují tendence realizovat své schopnosti a záměry. Člověk chce být tím, kým se podle svého mínění může stát. K těmto vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby neboli potřeby růstu osobnosti. Patří sem potřeby porozumění a poznání, rovnováhy a harmonie, individuality, smysluplnosti apod. (Trachtová et al., 2013; Mastiliaková, 2014).

Léčebná i ošetrovatelská péče musí být zaměřena na saturaci všech primárních i sekundárních potřeb v plném rozsahu tak, jak je pacient prezentuje a je schopen je

přijmout. Nedílnou součástí naplňování a uspokojování potřeb nemocných je správná informovanost klientů a komunikace s nimi. Je-li pacient informován o své léčbě a prognóze, o plánovaných vyšetřeních, o účincích léků, určitě snáší svoji nemoc klidněji. Neinformovanost a nejistota ztěžují naplňování potřeb nemocných. Neméně důležité je zachovat a respektovat autonomii pacienta. Být autonomní znamená schopnost vést život podle vlastních pravidel a zůstat pánem svého možného způsobu života. Sestra může zajistit autonomii pacienta tím, že bude respektovat jeho vyslovená přání, názory a předchozí zkušenosti s nemocí. Člověk, který je částečně či plně fyzicky závislý na pomoci druhých, může být zároveň psychicky autonomní. Toho sestra docílí tím, že poskytne pacientovi možnost podílet se na plánování své léčby a na možnosti přijmout nebo odmítnout léčebný nebo ošetrovatelský úkon (Šamánková et al., 2011).

1.5.4 Organizace pomáhající lidem s RS

Tyto organizace vznikaly postupně, aby pomáhaly pacientům s RS lépe pochopit a smířit se s nemocí, ale současně jim dávaly sílu aktivně se domáhat svých práv a nejlepšího možného způsobu léčby. Také podporují nové vědecké poznatky a výzkum v celosvětovém měřítku. Jako první vznikla v USA v roce 1946 National Multiple Sclerosis Society, která se v roce 1967 stala součástí MSIF, jež sdružuje národní organizace nemocných RS. Českou republiku zastupuje od roku 1999 občanské sdružení Unie Roska. Tato organizace poskytuje klientům nové informace o léčbě, literaturu, letáky, poradenství, rehabilitační aktivity, rekondiční pobyty, pořádá semináře pro nemocné i jejich rodinné příslušníky a získává fondy pro výzkum nemoci. Pravidelně je vydáván časopis ROSKA, který informuje o různých aktivitách, novinkách v léčbě a výzkumu RS. Pro všechny nově diagnostikované pacienty je tu Sdružení mladých sklerotiků (SMS), které pomáhá lidem překonat těžké začátky a ukázat nové možnosti. European Multiple Sclerosis Platform je organizace, která spolupracuje s orgány EU. Cílem je osvěta o nemoci a hlavním cílem je zajištění

podmínek pro stejnou dostupnost léčby každého nemocného RS v EU (Havrdová, 1999).

Nemocní RS mají možnost docházet za edukační sestrou do MS centra, ale ve spolupráci s Nadačním fondem byla zřízena služba Sestry v akci, kde se klienti mohou obracet s veškerými dotazy na odborné RS sestry v určitém čase po celý týden. Tento projekt je určen nejen pro nemocné RS, ale i pro jejich rodinné příslušníky či veřejnost (<http://www.sestryvakci.eu>).

Informace o těchto organizacích jsou dostupné na:

- Unie Roska: www.roska.eu
- SMS klub: www.klubsms.cz
- MSIF: www.msif.org
- NMSS USA: www.nationalmssociety.org
- EMSP: www.ms-in-europe.org
- Sestry v akci: www.sestryvakci.eu

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou

Cíl č. 2: Zmapovat potřeby pacientů v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou

2.2 Výzkumné otázky

Jaká specifika v ošetrovatelské péči se vyskytují u pacientů s roztroušenou sklerózou?

Jakým způsobem se mění potřeby pacientů s roztroušenou sklerózou v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Bakalářská práce na téma Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou je zpracována dle odborné literatury. Výzkum byl prováděn formou kvalitativního šetření. Tento druh výzkumu pracuje se slovy a textem. Data jsou získávána z pozorování, dokumentů či rozhovorů. Cílem hloubkových, polostrukturovaných rozhovorů je získání komplexních a podrobných informací o zkoumaném jevu (Švaříček, Šed'ová, 2014). Kvalitativní šetření je spíše otevřenější a umožňuje odkrýt subjektivní názory respondentů. Představuje důvěryhodnější a hodnotnější metodu, poněvadž využívá zkušenosti dotazovaných osob.

Potřebná data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se sestrami z neurologického oddělení a s respondenty trpícími roztroušenou sklerózou. Struktura rozhovorů se sestrami a respondenty je v příloze 6 a 7. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek, které se týkaly různých oblastí ošetrovatelské péče, zejména uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacientů s různým stupněm postižení RS. Rozhovory se sestrami byly uskutečněny na neurologickém oddělení nemocnice v Plzeňském kraji v průběhu měsíce března 2015. Souhlas náměstkyně ošetrovatelské péče s provedením výzkumu je v příloze 8. Rozhovory s nemocnými roztroušenou sklerózou byly uskutečněny s ústním souhlasem nemocných v jejich domácím prostředí. Rozhovory byly zaznamenávány písemně, poněvadž bylo respektováno přání dotazovaných nepoužívat nahrávací zařízení. Přepisy rozhovorů jsou uloženy na CD (Příloha 9) a jsou součástí bakalářské práce. Data byla následně analyzována a rozdělena do kategorií a podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořily sestry poskytující ošetrovatelskou péči u neurologických pacientů, tedy i u pacientů s roztroušenou sklerózou. Dotazováno bylo šest sester z neurologického oddělení. Nejmladší dotazované sestře je 28 let a nejstarší je 52 let. Výzkumné šetření bylo vedeno anonymně a dotazované sestry vyjádřily ústní souhlas s použitím získaných dat a se zveřejněním získaných údajů v bakalářské práci.

Druhý výzkumný soubor tvořilo šest nemocných s roztroušenou sklerózou. Jedna polovina respondentů byla získána z řad mého příbuzenstva a druhá polovina na doporučení od příbuzných. Rozhovory s respondenty byly provedeny se dvěma muži a čtyřmi ženami. Nejmladšímu respondentovi je 44 let a nejstaršímu 68 let. Rozmezí trvání nemoci je čtyři a půl roku až třicet pět let. Výzkumné šetření bylo vedeno anonymně a dotazovaní respondenti vyjádřili ústní souhlas s použitím získaných dat a se zveřejněním získaných údajů v bakalářské práci.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami

Seznam kategorizačních skupin

1. Specifika ošetrovatelské péče
2. Uspokojování biologických potřeb
3. Uspokojování psychologických potřeb
4. Uspokojování sociálních potřeb
5. Nesaturované potřeby
6. Ošetrovatelské intervence u pacientů s nižším stupněm postižení RS
7. Ošetrovatelské intervence u pacientů s vyšším stupněm postižení RS
8. Rozdíly v ošetrovatelských intervencích v závislosti na stupni postižení RS
9. Priority ošetrovatelské péče

Kategorie 1 – Specifika ošetrovatelské péče

Z odpovědí všech sester vyplývá, že se pacienti potýkají s omezenou soběstačností, jelikož pacienti mají porušenou hybnost, citlivost a vyprazdňování, a to je z větší či menší míry limituje v uspokojování potřeb. Dále se sestry shodují, že velmi důležitá je psychologická podpora pacienta i jeho rodiny, protože se špatně vyrovnávají se závažnou diagnózou a s možnou invalidizací v relativně mladém věku. S2 uvádí, že významná je péče o pacienta z hlediska udržení soběstačnosti, samostatnosti a schopnosti sebezpěče. Většina sester se shoduje, že pacientům je potřeba poskytovat pomoc při běžných aktivitách a v případě imobilního pacienta poskytování komplexní ošetrovatelské péče. S5 se zmiňuje, že ošetrovatelská péče by měla být holistická a zahrnovat bio-psycho-sociální a spirituální oblast. S2, S4 a S5 udávají, že nejdůležitější je péče o psychiku pacientů a citlivý, empatický přístup k pacientovi. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Pacienti mají porušenou hybnost, citlivost, potíže se svěřáči. Podle mého názoru jsou specifika péče prvotně v uspokojování biologických potřeb, tedy zajištění vyprazdňování, stravy, tekutin a hygienické péče a také v komplexním pohledu na pacienta. Nezanedbávat psychickou, fyzickou ani sociální stránku.“

S2: „Specifika ošetrovatelský péče vnímám především v péči o psychiku pacientů. Stejně významná je péče o pacienta z hlediska udržení soběstačnosti, samostatnosti a schopnosti sebepéče.“

S3: „Specifika ošetrovatelský péče vnímám v poskytování komplexní ošetrovatelský péče, prevenci dekubitů a prevenci pádu. Dále je to psychická podpora pacienta i jeho rodiny a otevřená komunikace.“

S4: „Podle mého názoru jsou specifika péče v poskytování dopomoci pacientovi při různých činnostech až po poskytování komplexní ošetrovatelské péče imobilnímu pacientovi. Je třeba volit citlivý přístup a psychologickou podporu.“

S5: „RS postihuje hybnost, citlivost, vyprazdňování. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty by měla být komplexní, tedy holistická. Měla by zahrnovat bio-psycho-sociální a spirituální oblast. Podle mého názoru je velmi důležitá empatie a navázání důvěryhodného vztahu mezi pacientem a sestrou.“

S6: „Nejvíce je potřeba pečovat o psychiku pacientů. Potom s postupem nemoci pacienti vyžadují větší pomoc při běžných činnostech až celkovou ošetrovatelskou péči. Nejdůležitější je psychická podpora pacienta a spolupráce s rodinou.“

Kategorie 2 – Uspokojování biologických potřeb

Kategorie „Uspokojování biologických potřeb“ byla rozdělena do dvou podkategorií „Uspokojování biologických potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS“ a „Uspokojování biologických potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS“.

Podkategorie – Uspokojování biologických potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS

Všechny sestry považují pacienty s nižším stupněm postižení za soběstačné, zvládající sebepéči a schopné si většinu potřeb obstarat samostatně. Většina sester se

shoduje na poskytování žádné nebo mírné dopomoci pacientům při běžných denních činnostech. Zpravidla se jedná o zajištění doprovodu na toaletu či do koupelny, protože pacienti často trpí závratěmi a nestabilitou při chůzi. S1 a S5 ve svých odpovědích zmiňují, že je důležité brát ohled na potřebu odpočinku, poněvadž pacienti bývají po krátké aktivitě unavení a nejvhodnější je pro ně individuální denní režim s dostatkem odpočinku. S2 a S3 se domnívají, že biologické potřeby jsou u pacientů zajištěny dostatečně. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Pacienti s nižším stupněm postižení jsou relativně samostatní, dovedou se o sebe postarat, takže tam může být problém v mírném postižení při chůzi nebo mírný stupeň inkontinence moče. Potřeba odpočinku je u pacientů také velmi důležitá, protože jsou často i po krátké aktivitě unavení a vyčerpání.“

S2: „Pacienti s nižším stupněm postižení jsou více soběstační a zvládají základní sebepečí. Pokud pacient potřebuje, tak mu zajistím doprovod na toaletu nebo do koupelny podle jeho potřeby. Jsou schopný se samostatně najíst a napít. Myslím, že biologické potřeby jsou u těchto pacientů dobře satureovány.“

S3: „Myslím si, že v rámci našeho oddělení zajišťujeme biologické potřeby uspokojivě. Lidi s nižším stupněm postižení nepotřebují žádnou nebo pouze malou dopomoc např. při doprovodu na WC.“

S4: „Takový člověk je ještě relativně schopný si většinu potřeb obstarat sám. Poskytuje se pouze mírná dopomoc při běžných činnostech a vše podle individuálních potřeb pacienta.“

S5: „Tito pacienti potřebují jen velmi malou dopomoc, ve většině potřeb jsou poměrně soběstační, mohou mít mírné potíže s hybností či vyprazdňováním (porucha svěračů). Tito pacienti mají jen individuální denní režim, protože se snadno unaví a musí často odpočívat, ale to vše se dá přizpůsobit.“

S6: „Pacienti s nižším stupněm postižení jsou soběstační, jen někdy potřebují malou dopomoc např. doprovod na WC.“

Podkategorie – Uspokojování biologických potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS

Všechny sestry z výzkumného souboru na prvním místě uvádí, že pacienti jsou velmi omezeni ve své soběstačnosti a mají zhoršenou možnost sebepéče. Dále se shodují, že je u těchto pacientů potřeba větší dopomoci až celkové ošetrovatelské péče vzhledem k výrazným potížím s hybností až upoutáním na invalidní vozík či na lůžko. Všechny sestry uvádí, že pacienti mají nejčastěji potíže s hybností, s vyprazdňováním, s prováděním hygieny a částečně se stravováním. Čtyři ze šesti sester se domnívají, že biologické potřeby jsou uspokojovány dobře. Polovina sester zmiňuje, že mohou nastat komplikace v saturaci potřeb, jelikož většina pacientů je v mladším věku a hůře se vyrovnávají se ztrátou soběstačnosti, s inkontinencí, trpí studem a nechtějí obtěžovat. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Pacienti s vyšším stupněm postižení jsou omezeni ve své soběstačnosti, bývají imobilní nebo jsou upoutáni na invalidní vozík a problémů je zde celá řada. Většina trpí močovou inkontinencí, která člověka hodně ovlivňuje, protože trpí studem a nechtějí se stýkat se svým okolím, strání se a jsou uzavřeni do sebe. Důležité je dodržovat intimitu a péči o pokožku. Dalším bodem je zajištění dopomoci při stravování – nakrájení, zamíchání jídla a případné dokrmování či úplné krmení pacienta.“

S2: „Vyšší stupeň postižení RS znamená větší dopomoc při činnostech a zhoršenou možnost sebepéče. Pacienti většinou potřebují dopomoc při hygieně a částečně i při jídle. Z mého pohledu jsou biologické potřeby u těchto pacientů uspokojovány dobře, ale zase na druhou stranu se jedná o relativně mladé pacienty, který se s inkontinencí a částečnou či úplnou nesoběstačností velmi špatně vyrovnávají, a to komplikuje uspokojování potřeb.“

S3: „Myslím si, že tyto potřeby jsou v rámci našeho oddělení dobře saturovány. Pacienti vyžadují větší dopomoc, zejména při hygieně, vyprazdňování a stravování. Některý pacienti jsou zcela imobilní, takže je jim poskytována celková ošetrovatelská péče.“

S4: „Myslím, že biologické potřeby jsou uspokojovány dobře. Snažím se dbát na zachování intimity pacienta, jelikož někdy se na toto neúmyslně zapomíná. U pacientů je třeba větší pomoc až komplexní ošetrovatelská péče, hlavně při vyprazdňování, hygieně a stravování.“

S5: „Tito pacienti potřebují zabezpečit v oblasti fyziologických potřeb. Jedná se o výživu, dýchání, vyprazdňování. V péči o vyprazdňování je třeba zajistit soukromí a intimitu, péči o pokožku, dostatek pomůcek. Ve výživě je třeba zajistit přiměřenou úpravu stravy, podle stupně soběstačnosti.“

S6: „U těchto pacientů jsou potřeby uspokojovány dobře, i když to může být komplikovaný, protože pro mladší pacienty není lehké se smířit s takovou těžkou situací a ztrátou soběstačnosti. Musím zajistit péči o vyprazdňování, hygienu a výživu. Nabídnou pacientovi, jestli by chtěl upravit jídlo.“

Kategorie 3 – Uspokojování psychologických potřeb

Tato kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií „Uspokojování psychologických potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS“ a „Uspokojování psychologických potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS“.

Podkategorie – Uspokojování psychologických potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS

Pět ze šesti sester se shoduje, že saturovat psychologické potřeby je obtížné, protože každý pacient je jiná osobnost, jinak se vyrovnává s nemocí a vyžaduje jiný přístup. S2, S3 a S4 uvádí, že pacienti by měli být v péči psychologa, aby se dokázali lépe vyrovnat s vážnou nemocí. S3 a S6 se shodují na tom, že pacienti potřebují psychickou podporu od rodiny a od blízkých lidí. Také uvádí, že komplikací v uspokojování potřeb je nedostatek času pro rozhovory s pacienty i jejich rodinami kvůli přílišné práci s dokumentací. Všechny sestry z výzkumného souboru sdělují, že nejlépe mohou pacientům pomoci snahou zapojit se do všech činností, povzbudit, motivovat a vyslechnout pacienty. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Uspokojovat tyhle potřeby není lehké, protože každý člověk vyžaduje jiný přístup a záleží na osobnosti pacienta, jak je schopen spolupracovat a vyrovnat se s nemocí. Nejlepší je pacienta zapojit do aktivit, povzbudit ho a vyslechnout jeho obavy.“

S2: „Psychologické potřeby se uspokojují špatně, protože každý člověk na nemoc reaguje jinak a pacienti u nás nebývají zas tak dlouho hospitalizováni. Můžu pacienta motivovat, snažit se ho zapojit do činností, dát povzbuzení a pocit, že není zbytečnej a na obtíž. Nejlepší pro nemocnýho je, když má odbornou psychologickou péči.“

S3: „Uspokojování psychologických potřeb je horší. Pacient by měl být v péči psychologa. V tomhle ohledu může sestra pacienta podpořit, motivovat, vyslechnout a poradit. Kvůli přílišné práci s dokumentací nemám tolik času na rozhovory s pacientem i jeho rodinou.“

S4: „Psychologické potřeby se uspokojují obtížně. Jako sestra mohu být pacientovi oporou, mohu s ním promlouvat, motivovat a vyslechnout ho. Také péče psychologa je vhodná.“

S5: „Potřebuji velkou psychickou podporu. Tady je nutná velká dávka empatie ze strany zdravotníků. Snažím se pacientům poskytovat skutečnou podporu, ale ne litování.“

S6: „Uspokojovat takové potřeby je komplikovaný. Často mi ani nezbyde čas na popovídání s pacienty. Nepochybně potřebují psychickou podporu od ošetrovatelského personálu i od jejich rodin a blízkých lidí. Snažím se ho zaměstnat a vyslechnout.“

Podkategorie – Uspokojování psychologických potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS

Většina sester z výzkumného souboru se shoduje, že pacient by měl mít odbornou psychologickou péči. S4 se domnívá, že v rámci svých možností uspokojuje psychologické potřeby pacientů dobře. S2 a S5 považují uspokojování těchto potřeb za složité, protože každý člověk jinak reaguje na nemoc a jinak snáší psychickou zátěž. Polovina sester uvádí, že nezastupitelný význam v saturaci psychologických potřeb má rodinné zázemí, komunikace a spolupráce s rodinou pacienta. Všechny respondentky

uvádí, že je důležité pacienty motivovat, naslouchat jim, zvolit empatický a citlivý přístup v jednání i komunikaci s pacienty. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Pacientům by měla být poskytována psychologická pomoc. Myslím, že nejlépe mohu pomoci citlivým a empatickým přístupem k pacientovi, motivovat pacienta a naslouchat mu.“

S2: „Myslím, že pro pacienta je nejlepší, když má odbornou psychologickou péči. Psychologické potřeby není snadný uspokojovat. Můžu poskytnout pacientovi útěchu, milé slovo a naději.“

S3: „Pacient by měl mít odbornou psychologickou péči. Můžu pacienta vyslechnout, utišit a povzbudit ho. Je důležité volit citlivej a empatickej přístup.“

S4: „Pacienti v pokročilém stupni onemocnění jsou depresivní, mají sebevražedné myšlenky a těžko se smírují s invalidizací, proto by měli mít zajištěnou odbornou psychologickou péči. Je důležité, abych při komunikaci s pacienty volila citlivé a chápavé jednání. Spolupráce s rodinou je důležitá. Myslím, že tyto potřeby u pacientů v rámci svých možností uspokojuji dobře.“

S5: „Je nutný citlivý přístup a značná dávka empatického chování. Vše záleží na osobnosti pacienta, jak se s nevyléčitelnou nemocí vyrovnal, jaké má rodinné zázemí a jak snáší psychickou zátěž, proto je uspokojování těchto potřeb složité.“

S6: „Důležitá je psychická podpora ze strany personálu i ze strany rodiny nemocného člověka. Významná je komunikace s pacientem a jeho rodinou. Je dobré, když dochází k psychologovi nebo na nějakou terapii.“

Kategorie 4 – Uspokojování sociálních potřeb

Tato kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií „Uspokojování sociálních potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS“ a „Uspokojování sociálních potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS“.

Podkategorie – Uspokojování sociálních potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS

Polovina sester z výzkumného souboru udává, že pacienti s nižším stupněm postižení RS mají zachované sociální kontakty. S6 připouští, že se někteří nemocní mohou vyhýbat společnosti, jelikož mají pocit, že přitahují nechtěnou pozornost a mají zvýšenou potřebu odpočinku. Polovina sester je toho názoru, že pacienti potřebují své rodiny a blízké lidi, kteří jim dodávají jistotu, stabilitu a podporu. S2 uvádí, že někteří pacienti nemají dobré rodinné zázemí, a to se projeví obtížným vyrovnáváním se s nemocí a dalšími potížemi, které RS přináší. S5 zmiňuje, že lidé s RS potřebují mít pocit, že mají své místo ve společnosti i v rodině. Dvě respondentky z vlastní iniciativy informují pacienty o sdruženích či klubech lidí s RS. Většina sester se shoduje, že nejlépe k naplnění sociálních potřeb pacientů přispěje umožněním návštěv mimo návštěvní hodiny. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „U nižšího stupně jsou sociální kontakty víceméně zachované. Pacienti mají možnost návštěv i po návštěvních hodinách, snažíme se pacientům a jejich blízkým vyhovět.“

S2: „Po domluvě pustím za pacientem návštěvu mimo návštěvní dobu. Pacienti mají jako podporu své partnery, rodinu, přátele. Některý pacienti nemají dobrý rodinný zázemí a špatně se vyrovnávají se vším, co nemoc přináší. Můžu pacienta informovat o klubech a organizacích, kde se sdružují lidi s roztroušenou sklerózou.“

S3: „V naší nemocnici umožňujeme kontakty s rodinou, přáteli i mimo návštěvní hodiny. Informuju pacienta o sdruženích lidí s RS.“

S4: „U pacientů s nižším stupněm postižení jsou zatím sociální kontakty zachovalé. Může mít pacient návštěvu i mimo návštěvní dobu.“

S5: „Potřebují dostatek kontaktů s rodinnými příslušníky a známými. Potřebují mít pocit, že někam patří, že neobtěžují, ale naopak jsou součástí přirozenou součástí této společnosti a zejména v kruhu svých blízkých.“

S6: „Podle mých zkušeností žijou pacienti téměř stejný život jako předtím. Někteří se vyhýbají společnosti, mají pocit, že přitahují nechtěnou pozornost nebo potřebují často odpočívat. Potřebují svoji jistotu a stabilitu, kterou jim dávají jejich rodiny a přátelé.“

Podkategorie – Uspokojování sociálních potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS

Všechny sestry zastávají názor, že nejlépe mohou pacientovi k uspokojení sociálních potřeb pomoci umožněním častého kontaktu s rodinou a přáteli, tedy kdykoliv po předchozí domluvě se sestrou. Polovina oslovených sester se shoduje, že důležitá je pro pacienty podpora rodiny a blízkých lidí, kteří jim pomáhají překonat náročnou životní situaci. S1, S3 a S4 udávají, že většina pacientů v pokročilém stádiu nemoci trpí sociální izolací. Dvě ze šesti dotazovaných sester sdělují, že nemohou zhodnotit, jestli jsou sociální potřeby pacientů saturovány dostatečně, protože pacienti jsou hospitalizováni krátce. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Pro pacienta mohu udělat to, že umožním návštěvy i mimo návštěvní dobu. U pacientů je riziko ohrožení sociální izolací, zdravotnický personál částečně nahrazuje pacientovu rodinu.“

S2: „Umožním návštěvy mimo návštěvní dobu. Nemůžu zhodnotit, jestli jsou sociální potřeby uspokojovány dostatečně.“

S3: „Pacienti většinou trpí sociální izolací, cítí se zbytečný. Velmi důležitá podpora rodiny a blízkých lidí. Po domluvě může mít pacient návštěvu mimo návštěvní hodiny.“

S4: „Jsou většinou sociálně izolovaní, protože se stydí za svou bezmocnost a nechtějí se ukazovat ve společnosti. Umožním kontakt s rodinou a přáteli kdykoliv to bude možné.“

S5: „Pro pacienta je důležitý pocit, že není na svoje onemocnění sám, že má kolem sebe lidi, kteří mu pomáhají překonat náročnost nemoci. Dostatek kontaktů s rodinnými příslušníky či blízkými osobami by měl být samozřejmostí.“

S6: „Můžu ho doprovodit či dovézt do společenský místnosti nebo mu umožnit návštěvy po návštěvní době. U nás nejsou pacienti hospitalizováni tak dlouho, abych to mohla vypořádat.“

Kategorie 5 – Nesaturované potřeby

Všechny dotazované sestry shodně odpověděly, že nejvíce nesaturované jsou potřeby psychologické, protože u této nemoci je velmi zatížená psychika a uspokojování těchto potřeb je ovlivněno osobností pacienta. Polovina respondentek uvádí, že potřeba seberealizace je neuspokojována, jelikož většina pacientů ztratí motivaci a ambice. Dvě ze šesti sester se domnívají, že hned po psychologických potřebách jsou hůře saturovány potřeby sociální. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Potřeba seberealizace je nenaplněná. Myslím, že nejvíc nesaturovány jsou potřeby psychologické a následně i sociální potřeby.“

S2: „Myslím, že to budou potřeby psychologický, protože nejvíce u těchto pacientů trpí psychika.“

S3: „Myslím, že to jsou psychologický potřeby, protože psychika je u této nemoci hodně zatížená.“

S4: „Nejhůře jsou saturovány potřeby psychologické a potom potřeby sociální.“

S5: „Podle mého názoru jde většinou o potřebu seberealizace. Psychologické potřeby jsou náročné na uspokojování.“

S6: „Podle mě to budou psychologický potřeby, protože u týhle nemoci je psychika hodně zatížená. Stává se, že ztratí motivaci, veškerý ambice a vzdají se svých koníčků.“

Kategorie 6 – Ošetřovatelské intervence u pacientů s nižším stupněm postižení RS

Všechny sestry z výzkumného souboru se shodují, že u většiny pacientů je zachována dobrá hybnost a poskytována žádná nebo pouze mírná pomoc při denních aktivitách. Všechny oslovené sestry také uvádí, že nejčastěji pacienty doprovázejí na toaletu, do koupelny či jinam podle potřeby pacienta. Z rozhovorů vyplývá, že další nejčastější ošetřovatelské intervence jsou: pomoc při vyprazdňování, hygieně, stravování, aplikace léků, péče o invazivní vstupy, motivování pacienta, nácvik soběstačnosti, odběry krve, zajištění soukromí při hygieně a vyprazdňování, zajištění bezpečnosti pacienta jako prevence rizika pádů. S1 a S5 uvádí, že pacient může mít

porušený zrak a k tomuto je třeba přihlížet při poskytování dopomoci při sebepéči. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Většinou je zachována dobrá hybnost, tudíž i menší dopomoc při hygieně a vyprazdňování. Poskytuji pacientům doprovod na WC nebo do koupelny při hygieně. Pacient může mít poruchy zraku, k tomu je třeba přihlížet a uzpůsobit dopomoc.“

S2: „Nejčastější bude doprovod na WC, do koupelny nebo na společenskou místnost. Donesu jim pití až ke stolku na pokoji. Dále je to aplikace léků, podávání tabletek, péče o flexilu, náběry nebo mírná dopomoc při každodenních činnostech.“

S3: „Provádím nácvik soběstačnosti v denních činnostech, povzbuzuju pacienta, zajišťuju soukromí při hygieně a vyprazdňování, sleduju bolest. Další intervence je zajistit pacientovo bezpečnost u lůžka a na pokoji. Doprovod po domluvě s pacientem je samozřejmostí.“

S4: „Pacient s nižším stupněm potřebuje jen menší dopomoc nebo je soběstačný, takže poskytuji dopomoc při vyprazdňování, hygieně a někdy při stravování. Často pacienti žádají doprovod.“

S5: „Většinou se jedná o dopomoc při sebepéči, doprovod do koupelny či na WC z důvodu nejistoty při chůzi. Častým problémem jsou i poruchy zraku, což vyžaduje dopomoc při sebepéči, zejména o pomoc při chůzi, protože jsou ohroženi rizikem pádu.“

S6: „U pacientů s lehčím stupněm RS poskytuju především doprovod podle potřeby pacienta nebo donesu pití. Jinak jsou pacienti víceméně soběstačný nebo potřebují jen malou dopomoc.“

Kategorie 7 – Ošetřovatelské intervence u pacientů s vyšším stupněm postižení RS

Většina sester uvádí, že u pacientů s vyšším stupněm postižení RS dochází k porušení mobility až k imobilitě, proto jsou pacienti závislí na kompenzačních pomůckách a zároveň vyžadují větší dopomoc při sebepéči a každodenních činnostech. V případě imobility je nutné zajistit celkovou ošetřovatelskou péči. Většina dotazovaných sester se shoduje, že ošetřovatelské intervence zahrnují širokou škálu oblastí, ve kterých je třeba pacientům poskytnout dopomoc či převzít ošetřovatelskou

péči za pacienty. Nejčastěji se jedná o zajištění dopomoci nebo celkové ošetrovatelské péče při hygieně, vyprazdňování a stravování. Polovina sester z výzkumného souboru udává, že se snaží pacienty motivovat a provádět nácvik soběstačnosti tím, že pacientům přenechají co největší část sebepéče, aby se aktivně zapojili. Z rozhovorů se sestrami vyplývá, že k dalším často prováděným ošetrovatelským intervencím patří: dopomoc při oblékání, základní rehabilitace, polohování, prevence dekubitů a pádů, péče o invazivní vstupy, podávání stravy a tekutin, nácvik soběstačnosti v denních činnostech, motivace a péče psychiku pacientů. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Hlavním problémem je porušená mobilita, člověk může být závislý na kompenzačních pomůckách. Přebírám částečně nebo úplně základní ošetrovatelskou péči při hygieně, vyprazdňování, stravování, oblékání a základní rehabilitaci na lůžku.“

S2: „Pacienti s vyšším stupněm soběstačnosti vyžadují větší dopomoc nebo komplexní ošetrovatelskou péči. Pomáhám pacientům s hygienou nebo ji zcela přebírám za pacienta, pečuju o genitál, používám vhodné inkontinenční pomůcky, pečuju o cévku či flexilu, podávám stravu a tekutiny, polohování a prevence dekubitů.“

S3: „Potřebují větší dopomoc nebo celkovou ošetrovatelskou péči. Provádím nácvik soběstačnosti, pečuju o pokožku, dbám na prevenci dekubitů a polohování a snažím se pacienta motivovat.“

S4: „Vyžadují větší dopomoc až celkovou ošetrovatelskou péči. Provádím nácvik soběstačnosti, pečuju o pokožku, polohování, prevenci proleženin, krmím pacienty.“

S5: „Péče o vyprazdňování, hygienu, pohyb, výživu, oblékání. Také péče o psychiku a sociální zázemí představuje oblasti, kterým je třeba věnovat pozornost. Vyšší stupeň postižení RS zahrnuje komplexní ošetrovatelskou péči.“

S6: „Nejčastěji pomáhám pacientů při hygieně nebo vyprazdňování, péče o pokožku, prevence opruzenin a proleženin, prevence pádu, podávání stravy. Jedná se o částečnou nebo celkovou ošetrovatelskou péči, snažím se pacienty motivovat, přenechat jim část sebepéče.“

Kategorie 8 – Rozdíly v ošetrovatelských intervencích v závislosti na stupni postižení RS

Většina sester z výzkumného souboru se shoduje, že u pacientů s nižším stupněm postižení RS je zachována soběstačnost, tudíž pacienti nevyžadují pomoc nebo pouze malou pomoc při běžných aktivitách. U pacientů s vyšším stupněm postižení RS klesá míra soběstačnosti, proto pacienti potřebují větší pomoc při každodenních aktivitách až celkovou ošetrovatelskou péčí. Z rozhovorů se sestrami vyplývá, že nejčastěji prováděné intervence jsou v oblasti hygieny, vyprazdňování, podávání stravy a tekutin. Tyto intervence jsou rozdílné v rozsahu poskytované ošetrovatelské péče, tedy se zohledněním aktuálního zdravotního stavu pacienta a následně zhodnocení soběstačnosti. Téměř všechny respondentky sdělují, že ošetrovatelské intervence u pacienta s vyšším stupněm postižení jsou časově i fyzicky náročnější než u pacientů s nižším stupněm postižení. Dále sestry uvádí, že ošetrovatelské intervence směřují k udržení a podpoře soběstačnosti pacientů. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „U nižšího stupně postižení je zachována vyšší míra soběstačnosti, intervence spočívají v mírné pomoci v oblasti hygieny a vyprazdňování, dbát na psychickou podporu a motivaci. U vyššího stupně postižení je nutná velká pomoc až celková ošetrovatelská péče, je třeba poskytovat citlivý a psychologický přístup.“

S2: „Rozdíl je v míře poskytované pomoci při běžných činnostech a v úrovni soběstačnosti. Pacienti s lehčím postižením nepotřebují žádnou nebo jen malou pomoc, intervence se zaměřují na pomoc při chůzi, doprovod, donášku pití, podporu a nácvik soběstačnosti. U pacientů s vyšším stupněm postižení se intervence zaměřují na celkovou ošetrovatelskou péči. Intervence jsou časově i fyzicky náročnější.“

S3: „Pacienti s nižším stupněm postižení jsou relativně soběstační, zde významná hlavně psychická podpora, intervence vedou k zachování soběstačnosti. U pokročilého stadia RS klesá soběstačnost, je třeba aktivizovat pacienta, dbát na prevenci pádů a dekubitů, sledovat stav výživy a pokožky, sledovat bolest a psychický stav. Intervence jsou namáhavější a náročnější i špatně mobilního nebo imobilního pacienta.“

S4: „U pacientů s vyšším stupněm postižení se intervence zaměřují na poskytování větší dopomoci při běžných činnostech jako je vyprazdňování, hygiena, stravování a u ležících pacientů poskytování celkové ošetrovatelské péče. Tyto intervence jsou náročnější než intervence u nemocných s nižším stupněm RS. Pacienti s nižším stupněm postižení mají zachovalou soběstačnost a intervence by měly směřovat k udržení a podpoře soběstačnosti člověka.“

S5: „U nižšího stupně postižení se jedná o mírnou dopomoc, u vyššího stupně je nutná komplexní ošetrovatelská péče. Péče zahrnuje všechny oblasti bio-psycho-sociálních potřeb.“

S6: „Hlavní rozdíl vidím v poskytovaném rozsahu ošetrovatelské péče. U pacienta s menším postižením je potřeba mírná nebo žádná dopomoc. Nejvíce pacientů potřebuje doprovod, mají horší hybnost nebo poruchu zraku. U pacientů s vyšším stupněm postižení je víc porušená hybnost až imobilita, péče zaměřená na velkou dopomoc a celkovou ošetrovatelskou péči. Psychickou podporu potřebuje každý pacient bez ohledu na stupeň postižení.“

Kategorie 9 – Priority ošetrovatelské péče

Čtyři ze šesti dotazovaných sester uvádí, že prioritou ošetrovatelské péče je zachování soběstačnosti a sebevědomí pacientů, oddálit invalidizaci a zajistit rehabilitaci. Všechny sestry zmiňují, že důležitá je psychická podpora, aktivizace a motivace pacienta, komunikace a empatický přístup k pacientům. Polovina sester uvádí, že se musí zachovat komplexní a individuální přístup k pacientům. S1 považuje za důležité eliminovat komplikace onemocnění a informovat pacienty o správném používání kompenzačních pomůcek. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: „Je důležité zachovat komplexní přístup a pohled na pacienta, eliminovat komplikace onemocnění. Nemělo by se zapomínat na motivaci a aktivizaci pacienta, významnou roli má rehabilitace. Někteří pacienti neumí správně a vhodně používat kompenzační pomůcky, proto je důležité naučit pacienty správně používat kompenzační pomůcky.“

S2: „Důležitá je psychologická podpora, empatický přístup a komunikace, zachování co nejvyšší možné míry soběstačnosti a dobrá rehabilitace.“

S3: „Podle mého názoru je prioritou zachování soběstačnosti, sebevědomí, skutečná psychická podpora, zajištění pocitu bezpečí a důvěry, komunikace s pacientem a jeho rodinou.“

S4: „Prioritou je zachovat a podporovat soběstačnost, oddálit invalidizaci, poskytnout kvalitní rehabilitaci. Důležitá je také komunikace a spolupráce s pacientem.“

S5: „K prioritám patří empatický přístup a současně respektování jejich autonomie. Komplexní a individuální přístup musí zahrnovat všechny oblasti péče, důležitá je psychologická podpora.“

S6: „Nejvíce důležitý je, aby si pacient zachoval svojí soběstačnost a samostatnost, hodně tomu pomáhá rehabilitace. Všechny oblasti potřeb a péče jsou vzájemně propojené. Mělo by se dbát o komplexní přístup k pacientovi.“

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s respondenty s RS

Seznam kategorizačních skupin

1. Změna potřeb v průběhu RS
2. Uspokojování potřeb v domácím prostředí
3. Uspokojování potřeb při hospitalizaci
4. Změna potřeb v souvislosti se změnou stupně RS
5. Uspokojování potřeb v začátcích RS
6. Uspokojování potřeb v pokročilém stádiu RS
7. Pomoc sester při uspokojování potřeb
8. Ošetrovatelská péče při hospitalizaci

Kategorie 1 – Změna potřeb v průběhu RS

Čtyři ze šesti oslovených respondentů uvádí, že na začátku onemocnění byli soběstační a neměli žádné zvláštní potřeby. S postupem nemoci došlo ke zhoršení soběstačnosti a respondenti potřebovali pomoc rodiny a blízkých lidí, zejména doprovod, protože mají potíže s hybností a rovnováhou. R6 sděluje, že už při počátku onemocnění potřebovala pomoc rodiny a s postupem nemoci byly třeba i pečovatelské služby. R2 udává, že má stejné potřeby jako před diagnostikováním RS, ale pozoruje na sobě zvýšenou potřebu odpočinku a někdy má závratě, proto pak potřebuje hůlku a doprovod. Většina respondentů shodně uvádí, že nejčastěji vyžadují dopomoc při chůzi, hygieně, zajištění stravy, udržování domácnosti a potřebují doprovod k lékaři, na nákupy nebo při cestě za kulturou. Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že nejsou schopni žít samostatně, bez pomoci druhých lidí a velmi důležitá je pro ně podpora rodiny a přátel. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1 : „Moje potřeby se změnily výrazně. Z mého hlediska jsem byla celkem soběstačná. S postupem nemoci jsem potřebovala více pomoci od rodiny a blízkých lidí, hlavně v oblasti pohybu, jelikož se mi stále točí hlava a mám omezenou hybnost na levé polovině těla. Nemůžu žít samostatně, protože potřebuju zajistit jídlo, pomoc při hygieně, nákupy, pochůzky, lékařské kontroly, kulturní a společenské vyžití. Měla jsem strach z budoucnosti, ze ztráty soběstačnosti a nemohoucnosti. Rodina a přátelé jsou mi velkou oporou.“

R2: „Mé potřeby jsou víceméně stejné jako před RS. Jen pozoruju zvýšenou potřebu odpočinku a musím zpomalit tempo. Někdy mám závratě, pak potřebuju doprovod a hůlku.“

R3: „Na začátku nemoci jsem mohl dělat všechno samostatně. O nějakých potřebách jsem nepřemýšlel. Jsem prodělal tři ataky, po kterých se mi zhoršila chůze, zrak, rovnováha a ještě se mi začala točit hlava. Samostatný život se změnil na občasnou pomoc okolí a později na častější pomoc. Potřeboval jsem doprovod, pomoci při hygieně, na záchod si dojdu sám, zvládl jsem si ohřát jídlo. Nemohl bych žít sám. Jsem vděčný, že rodina drží pohromadě.“

R4: „U mě platí, že s horšící se nemocí mám stále více nároků na různé potřeby, především na pomoc od druhých, na zdravotní pomůcky. Na začátku nemoci jsem byla soběstačná. Nezvládám větší úklid domácnosti, nákupy, někdy potřebuji pomoci i s hygienou.“

R5: „Na pomoci druhých lidí jsem tak středně závislý. Na začátku nemoci jsem měl normální potřeby jako předtím a byl jsem soběstačný. Teď je péče o mě na rodině. Potřebuji především doprovod, někdy pomoci při hygieně. Najím se sám.“

R6: „Už při začátku nemoci jsem potřebovala pomoc od druhých lidí, respektive od mojí rodiny, s postupem nemoci jsem se domluvila i na pečovatelské výpomoci. Potřebuji pomoc při hygieně, jídle, trpím lehkým únikem moči. Pohybuji se převážně na vozíku. Nejvíce důležitá je pro mě podpora rodiny a blízkých lidí.“

Kategorie 2 – Uspokojování potřeb v domácím prostředí

Všichni dotazovaní respondenti zastávají názor, že doma mají vše potřebné k samostatnému pohybu a k uspokojování svých potřeb. Dále uvádí, že mají domov bezbariérově upravený a zařízený. Čtyři ze šesti respondentů zmiňují, že v uspokojování potřeb jim pomáhá částečně rodina a částečně oni sami. R2 uvádí, že nemá problém s uspokojováním potřeb v domácím prostředí, rodina jí vychází vstříc. Z odpovědi R4 je patrné, že k uspokojování potřeb potřebuje pomoc od sociální služby. R1 uvádí, že strádá v sociální oblasti, protože si bez doprovodu nemůže dojít nikam mimo domov nebo v budovách chybí bezbariérové přístupy. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1: „Doma mám vše, co potřebuji k relativně samostatnému pohybu po domě. Mám bezbariérový domov. Péči o moji osobu částečně zastávám já a částečně rodina. Trochu strádám v sociální oblasti, nemůžu si sama dojít tam, kam bych chtěla, nebo nejsou v budovách bezbariérové přístupy.“

R2: „Domov mám bezbariérově zařízený, mám tam a pro mě snadno dostupné. Nemám problém s uspokojováním potřeb v domácím prostředí. Rodina mi vychází vstříc.“

R3: „Domácí prostředí je ideální pro každodenní samostatný život. Když jsem doma sám, tak chodím o holi, ohřeju si jídlo, dojdou si na záchod, nejsem schopný se vydat sám do města. Mám pocit, že si svůj život řídím sám. Doma mi nic nechybí.“

R4: „Jsem sama, proto jsem závislá na pomoci od druhých, bez ní se už neobejdu. Pomáhají mi lidi ze sociální služby např. s úklidem, při hygieně, při dovozu jídla a nákupu, při doprovodu k lékaři. Doma to mám bezbariérově upravené. Z hlediska mých potřeb mám vše, co potřebuju.“

R5: „Jsem si vědom, že rodina mi pomáhá a podporuje ve všem, co potřebuju. Doma nemám žádné překážky. Cítím se tam dobře a bezpečně.“

R6: „Mám bezbariérově zařízený domov. V domácím prostředí se samozřejmě cítím líp a nic mi neschází. Za pomoci rodiny nebo pečovatelky je mi pomáháno se vším, co chci dělat.“

Kategorie 3 – Uspokojování potřeb při hospitalizaci

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že pro saturování potřeb potřebují pomoc od ošetrovatelského personálu, a to nejčastěji jako doprovod na toaletu, do koupelny či jinam podle jejich potřeby a také pomoc při hygieně a stravování. Všichni respondenti se shodují, že při hospitalizaci byly jejich potřeby uspokojeny a ošetrovatelský personál byl ochotný a vstřícný. Polovina respondentů zmiňuje, že po domluvě se sestrami mohli mít návštěvu mimo návštěvní dobu a v tomto směru se nesetkali s neochotou. R1 připustila, že při krátké hospitalizaci nepocítila neuspokojení potřeb, ale v případě dlouhodobé hospitalizace nemůže posoudit, zda by její potřeby byly uspokojeny. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1: „Vždy jsem měla k dispozici vše, co bylo třeba. Při požádání mě sestra doprovodila kamkoliv bylo potřeba. Návštěvy jsem měla dovolené i mimo určenou dobu, nesetkala jsem se s žádnou neochotou. Byla jsem v nemocnici krátkou dobu, proto jsem nepocítila žádný neuspokojení mých potřeb. Možná kdybych byla hospitalizovaná dýl, tak bych mluvila jinak.“

R2: „Nikdy jsem v nemocnici nijak nestrádala. Sestřičky byly milé a ptaly se, jestli něco nepotřebuju a jak se cítím. Když jsem potřebovala doprovodit, tak všichni byli ochotný. Nebyl problém ani s návštěvami mimo návštěvní hodiny.“

R3: „Měl jsem všechno, co jsem potřeboval. Sestřičky mi ochotně se vším pomáhaly. Nejvíc mi chyběla rodina, ale i tak za mnou mohli za mnou přijít i večer.“

R4: „Při hospitalizaci mi se vším pomáhají sestřičky a ostatní personál. V nemocnici mám i rehabilitaci, která mi pomáhá tělesně i duševně. Nic mi tam nechybí, ale doma je doma.“

R5: „Většinu činností jsem zvládal sám. Vnímám jsem ochotu a pomoc od zdravotníků všude, kde jsem potřeboval. Všichni byli milí a usměvaví.“

R6: „Vnímám hlavně ochotu personálu mi pomoci s mytím, donáškou jídla a pití nebo třeba s odvezením na toaletu nebo na společenskou místnost. Netrpím neuspokojenými potřebami.“

Kategorie 4 – Změna potřeb v souvislosti se změnou stupně RS

Čtyři z šesti dotazovaných respondentů uvádí, že jejich potřeby se s postupem nemoci zásadně změnily. V začátcích nemoci byli soběstační a samostatní, ale po delším trvání nemoci byli závislí na pomoci druhých lidí. R2 udává, že její nemoc se zatím příliš nezhoršila, proto nemá zásadně změněné potřeby. R6 uvádí, že již od začátku onemocnění potřebovala pomoc od druhých osob a potřebuje ji stále ve větším rozsahu. R6 tvrdí, že od začátku RS nemá zásadním způsobem změněné potřeby. Respondenti se zmiňují, že do společnosti chodí málo nebo vůbec, mají psychické problémy a narušené sexuální potřeby. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1: „Moje potřeby se s postupem nemoci změnily dost, od samostatnosti k potřebě pomoci od druhých lidí.“

R2: „Zatím se u mě nemoc příliš nezhoršila, takže ani moje potřeby nejsou zásadně změněny. Do společnosti chodím méně často, protože se rychle unavím a potřebuju odpočívat.“

R3: „Ze začátku to bylo jako u zdravýho člověka, žádné zvláštní potřeby jsem neměl. Když jsem měl poslední ataku, tak jsem začal mít problémy s chůzí a zrakem a potřeboval jsem pomoc od druhých, někam doprovodit, sexuální potřeby byly v útlumu, jsem stabilizovanej a moje psychika se zlepšila.“

R4: „Mám více potřeb ve všech směrech každodenního života. Od soběstačnosti jsem se dostala k závislosti na druhých lidech a okolí.“

R5: „Potřebuju takovou menší dopomoc nebo spíš doprovod, snažím se být soběstačný.“

R6: „Pomoc jsem potřebovala už od začátku a potřebuju jí stále ve větší míře než předtím. Moje potřeby se od začátku nemoci nijak zásadně neměnily. Přibýly potíže s močením, je to velká psychická zátěž.“

Kategorie 5 – Uspokojování potřeb v začátcích RS

Tři respondenti udávají, že neměli žádné zvláštní potřeby a jejich potřeby byly uspokojovány. Jedna respondentka zmiňuje, že byla z nemoci v šoku a depresi, proto o uspokojování potřeb nepřemýšlela. R4 uvádí, že v začátcích RS byla samostatná, někdy využila pomoc blízké osoby. R6 sděluje, že již při začátku onemocnění byla závislá na pomoci druhých osob, ale její potřeby byly uspokojeny. Dva respondenti uvádí, že jejich rodiny jim pomohly překonat počáteční šok z nemoci a následně pomáhali respondentům při uspokojování potřeb. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1: „V začátcích RS jsem byla v depresi a šoku, o uspokojování jakýchkoli potřeb jsem moc nepřemýšlela.“

R2: „Byla jsem v šoku a pak následovala deprese, nepociťovala žádný problémy s uspokojováním mých potřeb.“

R3: „Ze začátku jsem žádný zvláštní potřeby neměl a moje potřeby byly uspokojovaný normálně.“

R4: „V začátcích RS jsem byla docela samostatná, občas mi pomáhala kamarádka. Mohla jsem s ní zajít třeba do kina, teď se mi nikam nechce chodit.“

R5: „Fungoval jsem docela normálně, až na tu vnitřní úzkost a nejistotu. Hodně mě podporuje rodina, můj optimismus.“

R6: „Už na začátku RS jsem byla závislá na pomoci od rodiny, blízkých lidí, snažila jsem se nevyhýbat společnosti, rodina mi vycházela vstříc. Můžu říct, že moje potřeby byly uspokojeny.“

Kategorie 6 – Uspokojování potřeb v pokročilém stádiu RS

Téměř všichni respondenti z výzkumného souboru se shodují, že k uspokojování svých potřeb potřebují pomoc druhých lidí, ať se jedná o pomoc rodiny či sociálních služeb. Nejčastější deficit udávají při chůzi nebo hybnosti, při hygieně, v oblasti psychické a sociální. V sociální oblasti jsou respondenti omezeni v samostatném pohybu ve společnosti, v účasti na kulturním vyžití, vyžadují doprovod k lékaři a při vyřizování ostatních záležitostí. V oblasti psychické řeší respondenti obavy z budoucnosti a ze zhoršování nemoci. Většina oslovených respondentů uvádí, že i v pokročilém stádiu RS jsou jejich potřeby saturovány dostatečně. R1 zmiňuje, že její potřeby jsou v mezích možností naplněny, ale uvítala by více možností uplatnění se ve společnosti a v životě. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1: „I přes tělesný zhoršení se psychicky cítím lépe než na začátku RS. Moje potřeby jsou v mezích možností naplněny, uvítala bych víc šancí uplatnit se ve společnosti, v životě, někdy se cítím odtržená.“

R2: „Moje potřeby jsou uspokojovány dostatečně, mám problém s psychikou, mám strach z budoucnosti a ze zhoršování nemoci. S pomocí rodiny to zvládám dobře, přechodně větší problémy s chůzí a točení hlavy.“

R3: „I v pokročilém stádiu nemoci jsou moje potřeby uspokojovány dobře. S mírnou pomocí se umyju, na záchod si dojdou sám, potřebuju pomoc s vyřízením pochůzek, kontrol u doktora, s vařením. Nebýt rodiny, tak jsem na tom mnohem hůř. S doprovodem manželky můžu jít třeba do kina.“

R4: „Jsem hodně závislá na pomoci nejen sociální služby, ale i blízkých lidí, rodinu nemám, obtížně se pohybuju, vzdala jsem se zálib, uzavírám se před světem, nemoc vnímám jako nespravedlnost.“

R5: „Nemoc se u mě zhoršila o větší třetinu. Mám rodinu a blízké přátele, je nás na případnou pomoc dost, neváhal bych využít sociální služby. Můžu říct, že moje potřeby jsou uspokojované.“

R6: „Odbourala jsem většinu aktivit, jsem hodně unavená, občas vyrazím s rodinou na výlet nebo do přírody, potřebuji větší dopomoc při hygieně, hlavně potřebuji rodinu. Moje potřeby jsou naplněné.“

Kategorie 7 – Pomoc sester při uspokojování potřeb

Většina respondentů uvádí, že se jim dostalo náležité pomoci od zdravotnického personálu kdykoliv bylo potřeba. Respondenti zmiňují, že často potřebují od sester doprovod do koupelny, na toaletu, donášku tekutin a stravy. Tři respondenti sdělují, že sestřičky měly snahu je povzbudit, podpořit a popovídat si s nimi. Jedna respondentka uvádí, že některé sestry byly pasivní, jiné zase aktivně projevovaly zájem o její potřeby a také se zmiňuje o nedostatku času sester na rozhovor. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1: „Dostalo se mi pomoci při všech činnostech, které jsem zvládala s obtížema, doprovod na WC, donést pití. Sestřičky se mě snažily povzbuzovat a dodat optimismus.“

R2: „Sestry mi pomáhaly především jako doprovod. Některé sestry byly pasivnější a jiné aktivně nabízely, jestli něco nepotřebuju. Nemůžu si stěžovat na jejich péči, škoda, že nemají více času si povídat.“

R3: „Nejvíce mi sestřičky pomohly s doprovodem. Potřeboval jsem si promluvit, většina sestřiček se mi věnovala, taky mě dost podpořily psychicky.“

R4: „Sestřičky mi při hospitalizaci musí pomáhat hlavně v péči o sebe, doprovodit mě do koupelny, na WC nebo jinam, hrneček s čajem nedonesu, sprchovat se mi jde obtížně, sestřičky se mě snažily povzbudit, promluvit si.“

R5: „V nemocnici jsem neměl problém se svými potřebami. Zdravotní personál mi pomáhal hlavně při hygieně, jako doprovod, z mého pohledu bylo vše v pořádku.“

R6: „Neobejdu se bez pomoci, pomáhají nejčastěji s hygienou, stravováním a pohybem na vozíku. Pokud potřebuji něco jiného, tak se mi nikdy nestalo, že by to byl problém. Jsem opravdu vděčná za každé povzbuzení.“

Kategorie 8 – Ošetrovatelská péče při hospitalizaci

Všichni oslovení respondenti se shodují, že z jejich hlediska byla ošetrovatelská péče dostupná, vykonávaná profesionálně a s lidským přístupem. R2 zmiňuje, že má pouze malou výhradu k poskytované péči týkající se nedostatku času sester na rozhovor. R4 uvádí, že sestřičky byly až na pár výjimek milé a vstřícné. R4 dále uvádí, že z pohledu pacienta je důležité povzbuzení a rozhovor se zdravotníky. Následují výňatky z přímých výroků respondentů.

R1: „Je to péče na profesionální úrovni. Lidský přístup sestřiček i ostatního personálu činil můj pobyt v nemocnici méně stresujícím. Nemám výhrady k poskytnuté péči.“

R2: „Je to péče odborně a s citem vykonávaná. Měla bych jen malou výhradu, že sestřičky nemají tolik času na popovídání. Jinak jsem byla spokojená.“

R3: „Sestřičky se mi snažily vždycky vyjít vstříc, většina je trpělivá a milá. S péčí jsem spokojený.“

R4: „Při všech hospitalizacích jsem byla spokojená, vždy se mi dostalo pomoci. Sestřičky byly vstřícné a milé, tedy až na pár výjimek. Byla jsem ráda, když mě sestřička nebo lékař povzbudili a měli chvíli na krátký rozhovor.“

R6: „S péčí jsem spokojená. Je vidět, že sestřičky i ostatní personál pracují odborně, většina s citlivým jednáním, je to ošetrovatelská péče na úrovni a s lidským přístupem.“

5 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na ošetrovatelskou péči a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u pacientů s roztroušenou sklerózou z pohledu sestry a z pohledu člověka trpícího touto nemocí. Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty a zmapovat potřeby pacientů v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou. Výsledků jsme dosáhli kvalitativním šetřením a vyllynuly nám z něj odpovědi na výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 zní: „Jaká specifika v ošetrovatelské péči se vyskytují u pacientů s roztroušenou sklerózou?“

Velmi často se pacienti potýkají s omezenou soběstačností a zhoršenou možností sebepečce, protože mají porušenou pohyblivost, citlivost a potíže s udržením rovnováhy. Z výzkumného šetření je patrné, že ošetrovatelská péče by měla směřovat k udržení soběstačnosti, samostatnosti a schopnosti sebepečce. Trachtová (2013) píše, že problém v oblasti soběstačnosti je v oblasti hygieny, vyprazdňování, výživy, oblékání a týká se člověka se sníženou nebo žádnou schopností provádět aktivity v jednotlivých oblastech sebepečce. Sestra hodnotí schopnosti a funkce člověka ve všech čtyřech oblastech a stanoví úroveň participace, které je jedinec schopen. Cílem je udržet tyto funkce, popř. zvýšit participaci a nezávislost. Hlavním úkolem ošetrovatelské péče je podle většiny sester poskytování dopomoci při běžných denních aktivitách nebo v případě imobilního pacienta zajistit komplexní ošetrovatelskou péči. Potvrdilo se nám, že velmi důležitá je psychická podpora pacienta, ale i jeho rodiny, poněvadž se pacienti hůře vyrovnávají se závažnou diagnózou. Venglářová ve své knize uvádí: *„Způsob vyrovnání se s dlouhodobým onemocněním závisí na těchto okolnostech: celkové osobnostní charakteristice, na závažnosti onemocnění, na charakteru obtíží, následků, na způsobu života nemocného, na míře nutných změn, na reakcích rodiny, na celkovém zázemí.“* (Venglářová, 2006, s. 115). Sestra je v očích pacientů vždy člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá řešit. Kromě profesionálních schopností poskytuje nemocnému porozumění, oporu a pečuje o jeho emocionální stav.

Rodina a blízcí lidé hrají významnou úlohu v psychické podpoře pacienta. V praxi se mnohokrát děje to, že sestra nahrazuje pacientovi jeho rodinu. Zacharová konstatuje: *„Zdravotník by měl dodržovat zásady profesionálního chování a jednání, měl by jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem. Takový přístup můžeme označit za psychologickou pomoc a její podstata spočívá ve faktu, že zdravotník vytváří pro nemocného příznivý psychosociální terén.“* (Zacharová, 2007, s. 65).

Výzkumná otázka č. 2 zní: „Jakým způsobem se mění potřeby pacientů s roztroušenou sklerózou v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou?“

Z výzkumu vyplývá, že pacienti s nižším stupněm postižení roztroušenou sklerózou jsou schopni své bio-psycho-sociální potřeby uspokojovat samostatně. V oblasti saturace biologických potřeb jsou pacienti soběstační nebo potřebují mírnou dopomoc, zpravidla se jedná o doprovod na toaletu či do koupelny, poněvadž většina pacientů udává závratě a nestabilitu při chůzi. Z odpovědí respondentů je patrné, že na začátku onemocnění nepocítovali žádné neuspokojení potřeb a byli soběstační, ale s postupem nemoci došlo k omezení soběstačnosti, tudíž i k potížím s uspokojováním bio-psycho-sociálních potřeb. Potvrdilo se nám, že nemocní s vyšším stupněm postižení roztroušenou sklerózou vyžadují při saturování bio-psycho-sociálních potřeb částečnou nebo úplnou pomoc druhých lidí. Jsou velmi omezeni ve své soběstačnosti a možnosti sebepéče.

Pacienti s nižším i vyšším stupněm postižení roztroušenou sklerózou mají narušenou psychiku a potřebují podporu od svých rodin, přátel i od zdravotnického personálu. Velký význam pro uspokojování psychologických potřeb má rodinné zázemí, komunikace a spolupráce zdravotníků s rodinou pacienta. Šamánková ve své knize píše: *„Pokud chceme, aby nám nemocní a jejich rodinní příslušníci rozuměli a měli k nám kladný vztah, měli bychom vědět, že bez kvalitní komunikace se opravdu neobejdeme.“* (Šamánková, 2011, s. 10). V oblasti psychologických potřeb mohou zdravotníci nejlépe pomoci vyslechnutím, povzbuzením, motivováním a zapojením pacienta do veškerých činností. Šamánková uvádí: *„Motivaci nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoliv typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Za optimální situaci považujeme tu,*

kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejího naplnění.“ (Šamánková, 2011, s. 17). Také se ztotožňujeme s názorem ostatních sester, že pacienti s vážnou nemocí by měli být v péči psychologa, aby se snáze vyrovnali s roztroušenou sklerózou a s potížemi, které s sebou přináší, a to bez ohledu na stádium roztroušené sklerózy. Ani jeden z respondentů se nezmínil o tom, že by mu byla od lékaře nabídnuta možnost návštěvy psychologa. Především respondenti zmiňují pomoc a oporu svých rodin a blízkých lidí. Podle našeho názoru by profesionálně vedená psychoterapie pomohla zmírnit pocity úzkosti, strachu a tím také pomoci k lepšímu saturování potřeb pacientů, protože důvěra mezi pacientem a zdravotníkem je základem pro dobrou spolupráci, vytvoření pocitu bezpečí a plánu, jak se s nemocí a jejím prožíváním lépe vyrovnat. Jak uvádí Havrdová: *„Řada pocitových rozlad, provázejících chorobu, je řešitelná dobře vedenou psychoterapií, která by měla být pacientům s RS rozhodně dostupnější než dosud.“* (Havrdová, 1999, s. 86). K psychické podpoře nemocných patří také zachování autonomie, tedy zachování schopnosti vést život podle vlastních pravidel. Sestra může pacientovi pomoci k tomu, aby dokázal žít svůj život s nemocí tím, že mu pomůže zvýšit jeho kompetence v péči o sebe a tímto podpoří jeho nezávislost na druhých lidech.

V rámci uspokojování sociálních potřeb se sestry shodují, že při hospitalizaci mohou pacientovi umožnit návštěvy mimo návštěvní dobu a takto částečně přispět k naplnění sociálních potřeb nemocného. Z výzkumného šetření vyplývá, že někteří pacienti v začátcích roztroušené sklerózy již trpí sociální izolací, protože se vyhýbají společnosti z důvodu únavy a psychické bariéry. Část respondentů má zachované sociální kontakty a s uspokojováním sociálních potřeb jim pomáhá rodina a přátelé. Pacienti s vyšším stupněm postižení roztroušenou sklerózou mají narušené sociální kontakty a trpí sociální izolací. Jsme toho názoru, že nemocný člověk by neměl být vyřazován ze společenského života, jelikož udržování kontaktů v rámci rodiny, zaměstnání nebo jiného kolektivu vede k zachování duševní rovnováhy a dobré úrovně kvality života. Z výsledků práce Oháňkové (2008) vyplynulo, že změny v životech nemocných RS se týkají hlavně fyzických činností, emocí, mezilidských vztahů a možnosti pracovního uplatnění. Důležité je pochopení, podpora a vhodná pomoc

a komunikace ze strany blízkých i okolí. Je vhodné, aby se nemocní nestranili svého okolí, věnovali se zálibám a vyměňovali si vzájemně informace a zkušenosti se stejně nemocnými jedinci. V tomto se výsledky práce Oháňkové (2008) shodují s výsledky naší práce. Dvě oslovené sestry informují pacienty o existenci organizací a klubů, kde se sdružují lidé s roztroušenou sklerózou. Tyto organizace pomáhají nemocným lidem a jejich rodinám sdílet problémy, vyměňovat si zkušenosti, poskytovat poradenství, podporu a informace.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou. Toto téma je obsáhlé a v současné době stále více aktuální. Je zajímavé, jak sestry hodnotí jimi poskytovanou ošetrovatelskou péči a s tím související uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u nemocných s různým stupněm postižení roztroušenou sklerózou. Dále se práce zabývá tím, jak je z pohledu respondentů s roztroušenou sklerózou hodnocena ošetrovatelská péče a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Práce se snaží o porovnání ošetrovatelské péče z pohledu zdravotníků a z pohledu nemocných roztroušenou sklerózou.

V úvodu bakalářské práce byly vytyčeny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou. Druhým cílem bylo zmapovat potřeby pacientů v závislosti na stupni postižení roztroušenou sklerózou.

Specifika ošetrovatelské péče spočívají v zachování a udržení soběstačnosti a schopnosti sebepéče, v poskytování dopomoci při běžných aktivitách až celkové ošetrovatelské péči o imobilní pacienty a v neposlední řadě také poskytování psychologické podpory nejen pacientům, ale i jejich rodinám. Samotní respondenti s roztroušenou sklerózou vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči jako profesionální a vykonávanou s lidským přístupem. Výsledky šetření přinesly rovněž poznatky týkající se uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u pacientů s nižším a vyšším stupněm postižení roztroušenou sklerózou. Nemocní s nižším stupněm postižení roztroušenou sklerózou mají uspokojivě saturovány biologické a sociální potřeby, psychologické potřeby jsou uspokojovány obtížněji, protože každý pacient je jiná osobnost a jinak vnímá nemoc. U nemocných s vyšším stupněm postižení roztroušenou sklerózou jsou biologické potřeby naplněny dostatečně, ale nastává komplikace v saturování potřeb psychologických a sociálních. Slezáková ve své knize uvádí: *„Na to, aby mohlo ošetrovatelství v neurologii uspokojovat biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacienta, se musí opírat jak o medicínské, tak o humanitní disciplíny.“* (Slezáková, 2014, s. 8)

Vždy nelze ovlivnit to, co nám osud přinese, ale lze se naučit, jak život s nemocí co nejlépe zvládat. U lidí trpících roztroušenou sklerózou je velmi důležitá podpora od rodinných příslušníků a přátel. Do náplně práce sester patří povzbuzovat pacienty, motivovat, naslouchat jim a správně s nimi komunikovat. Je třeba zdůraznit, že nejlepším způsobem, jak přijmout vážnou nemoc, je pro nemocné roztroušenou sklerózou odborná psychologická pomoc a psychoterapie. Je důležité si uvědomit, že pozitivní přístup k životu a kladné očekávání budoucnosti přispívá ke zvyšování odolnosti jedince proti stresu a tím napomáhá k uzdravování.

Bakalářská práce by měla sloužit jako zpětná vazba pro sestry pečující o pacienty s roztroušenou sklerózou. Dále může být práce využita jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelství nebo informativní materiál pro nemocné RS a jejich rodinné příslušníky.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
- BENEŠOVÁ, Yvonne. *Roztroušená skleróza*. [online]. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2013, Elportál [cit. 2015-12-13]. ISBN 978-80-210-6394-5. ISSN 1802-128X. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/?id=1113493>
- EDSS. *Život s RS*. [online]. 25.9.2014 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://zivot-s-rs.cz/2014/09/25/edss/>
- HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3154-7.
- HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2009. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-187-5.
- HAVRDOVÁ, Eva. *Neuroimunologie*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-859-1224-4.
- HAVRDOVÁ, Eva. *Léčba pacientů s roztroušenou sklerózou a neuromyelitis optica*. [online brožura]. Leden 2012 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: www.rskompas.cz/documents/0031_rs_pacienti.pdf
- HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza - je něco nového? Lékařské listy - speciál*. Praha: Mladá fronta, 2011, č. 10, s. 3-5. ISSN neuvedeno, od roku 2006 vychází samostatně.
- HAVRDOVÁ, Eva. *Je roztroušená skleróza váš problém? - průvodce pro lidi s RS, jejich rodiny a ty, kdo se jim věnují*. 1. vydání. Praha: Unie Roska, 1999. Roska, sv. 4. ISBN neuvedeno.
- HORÁKOVÁ, Dana a Manuela VANĚČKOVÁ. *Význam magnetické rezonance ve sledování aktivity roztroušené sklerózy - pohled klinického neurologa* [online]. 2012, 320 - 324 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/06/08.pdf
- KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Speciální neurologie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1664-9.
- KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatel'stvo 1: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vydání. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatel'stvo 2: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vydání. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

LENSKÝ, Petr. *Roztroušená skleróza mozkomíšni - nemoc, nemocný a jeho problémy*. 1. vydání. Praha: Unie Roska, 1996. Roska, sv. 1. ISBN neuvedeno.

MAREŠ, Jan. *Význam časně diagnostiky a terapie v životní perspektivě pacientů s roztroušenou sklerózou*. [online]. 2012, 13 (5), 270 - 274 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/05/08.pdf

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.

MELUZÍNOVÁ, Eva. *Současné možnosti léčby roztroušené sklerózy* [online]. 2010, 307 - 311 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/05/07.pdf

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.

MURRAY, T.Jock et al. *Multiple sclerosis a guide for the newly diagnosed*. 4. vydání. New York: Demos Medical Publishing, 2012. ISBN 978-1936303366.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

National Multiple Sclerosis Society. *Study Adds Evidence that Smoking Worsens MS, and Quitting May Help* [online]. 16 July 2009 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: www.nationalmssociety.org/About-the-Society/News/Study-Adds-Evidence-that-Smoking-Worsens-MS,-and-Q

OHÁŇKOVÁ, Jana. *Kvalita života pacientů s roztroušenou sklerózou*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

PREININGEROVÁ LÍZROVÁ, Jana. *Význam symptomatické léčby u pacientů s RS* [video online]. 20. září 2012 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: www.prolekare.cz/rs-prednasky/vyznam-symptomaticke-lecby-u-pacientu-s-rs-35

ŘASOVÁ, Kamila. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšni)*. 1. vydání. Praha: Ceros, 2007. ISBN 978-80-239-9300-4.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

Sestry v akci. *Sestry v akci*. [online]. © 2015 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://www.sestryvakci.eu/>

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměněn. vydání. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. rozšířené vydání. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.

VANĚČKOVÁ, Manuela a Zdeněk SEIDL. *Magnetická rezonance a roztroušená skleróza mozkomíšni*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2182-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vydání dotisk. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-2461-020-7.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Kurtzkeho škála

Příloha 2 – McDonaldova diagnostická kritéria z roku 2010

Příloha 3 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha 4 – Test instrumentálních všedních činností

Příloha 5 – Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 6 – Struktura rozhovoru se sestrami

Příloha 7 – Struktura rozhovoru s respondenty s RS

Příloha 8 – Souhlas náměstkyně ošetrovatelské péče s provedením výzkumu

Příloha 9 – Přepis rozhovorů (uloženo na CD)

Příloha 1 – Kurtzkeho škála

Kurtzkeho škála

- * **0-0,5** – pacient je bez potíží, neurologický nález je normální (u všech FS stupeň 0, pouze u mozkového systému je akceptovatelný stupeň 1)
- * **1** – v neurologickém nálezu jsou jen nepatrné odchylky, potíže pacienta jsou velmi mírné a vyskytují se spíše v anamnéze, výkonnost je nedotčena (stupeň 1 u jednoho FS)
- * **1,5** – příznaky jsou minimální, pacient nemá výraznější obtíže (stupeň 1 u více než jednoho FS)
- * **2** – neurologický nález je malý, pacientovi obtíže jsou velmi lehké a jeho výkonnost je nedotčena (stupeň 2 u jednoho FS, u ostatních FS stupeň 0 nebo 1)
- * **2,5** – neurologický nález je malý, pacientovi obtíže nejsou výrazné, výkonnost může být lehce dotčena (stupeň 2 u dvou FS, u ostatních FS stupeň 0 nebo 1)
- * **3** – základní příznaky nebo kombinace více lehčích příznaků, již vyjádřeno neurologicky, postižení pacienta je citelnější, je dotčena hybnost a výkonnost, pracovní schopnost je dále zachována (více možností kombinací FS: u jednoho FS stupeň 3 a u ostatních 0 nebo 1; u tří nebo čtyř FS stupeň 2 a u ostatních stupeň 0 nebo 1)
- * **3,5** – pacient je plně chodící, výkonnost může být dotčena (více možností kombinací: stupeň 3 u jednoho FS a zároveň stupeň 2 u jednoho nebo dvou FS; stupeň 3 u dvou FS; stupeň 2 u pěti FS)
- * **4** – postižení pacienta je výraznější, hybnost, výkonnost a pracovní schopnosti jsou lehce omezeny, ale není omezení běžného života, pacient je zcela soběstačný, aktivní alespoň 12 hodin denně (stupeň 4 u jednoho FS, u ostatních FS stupeň 0 nebo 1; nebo kombinace předešlých nižších stupňů převyšujících limit předchozího bodového hodnocení)
- * **4,5** – pacient je chodící, aktivní po většinu dne, samostatný, schopný pracovat s určitým omezením nebo s minimální pomocí (stupeň 4 u jednoho FS u ostatních FS stupeň 0 nebo 1; nebo kombinace předešlých nižších stupňů převyšujících limit předchozího bodového hodnocení)

- * **5** – postižení pacienta je již značné, samostatná chůze v dosahu 500 metrů, pracovní schopnost za uzpůsobení pracovní doby či jiných pracovních podmínek (stupeň 5 u jednoho FS, u ostatních FS stupeň 0 nebo 1; nebo kombinace předešlých nižších stupňů převyšujících specifikaci pro hodnotu EDSS 4,0)
- * **5,5** – pacient je chodící, dosah chůze bez pomoci a odpočinku asi 100 metrů, postižení je dost výrazné, omezení pacienta v každodenní činnosti (stupeň 5 u jednoho FS, u ostatních FS stupeň 0 nebo 1; nebo kombinace předešlých nižších stupňů převyšujících specifikaci pro hodnotu EDSS 4,0)
- * **6** – hybnost pacienta je omezená pomocí hole, berle či jiného opěrného aparátu, přesuny pouze na krátké vzdálenosti (cca 100 metrů s odpočinkem nebo bez), pohyb v bytě s přidržováním se předmětů, schopnost výkonu drobných prací bez pomoci druhé osoby či s pomocí druhé osoby (nejobvykleji kombinace s více než dvěma FS stupně 3+)
- * **6,5** – hybnost pacienta je trvale omezená pomocí hole, berle či jiného opěrného aparátu, přesuny na cca 20 metrů bez odpočinku (nejobvykleji kombinace s více než dvěma FS stupně 3+)
- * **7** – hybnost pacienta je velmi obtížná až nemožná, pacient je neschopen ujít více než 5 metrů i s pomůckami, závislý na invalidním vozíku, základní soběstačnost je zachována, přesuny na vozík a jeho ovládání bez cizí pomoci, pacient je na vozíku činný 12 hodin denně (nejobvykleji kombinace s více než jedním FS stupně 4+; zřídka pouze pyramidové funkce stupně 5)
- * **7,5** – pacient není schopen ujít více než několik kroků s pomůckami, je upoután na vozík, při přemísťování z vozíku může potřebovat pomoc druhé osoby, jinak schopen samostatného pohybu na vozíku, ale ne po celý den; může dle postižení vyžadovat vozík s elektrickým pohonem (nejobvykleji kombinace s více než jedním FS stupně 4+)
- * **8** – pacient je ležící, závislí na invalidní vozík s pomocí druhé osoby, základní soběstačnost je zachována (nejobvykleji kombinace několika FS stupně 4+)
- * **8,5** – v podstatě pacient upoután na lůžko po většinu dne, schopen používat ruce či ruku, soběstačnost alespoň částečně zachována (nejobvykleji kombinace několika FS stupně 4+)
- * **9** – zcela ležící pacient, nesoběstačný, bezmocný, schopen jíst a

komunikovat (nejobvykleji kombinace několika FS stupně 4+)

* **9,5** – pacient zcela upoután na lůžko, neschopen efektivně jí komunikovat nebo jíst –
polykat (obvykle kombinace téměř všech FS stupně 4+)

* **10** – úmrtí v důsledku roztroušené sklerózy mozkomíšní

Zdroj: <http://zivot-s-rs.cz/2014/09/25/edss/>

Příloha 2 – McDonaldova diagnostická kritéria pro RS z roku 2010

Tab. 7a Revidovaná diagnostická kritéria pro RS z roku 2010 (Ann Neurol 2011;69:292–302)¹¹

Klinická kritéria (ataky)	Objektivní klinický průkaz (léze)	Další údaje potřebné ke stanovení diagnózy
2 nebo více	Objektivní klinický průkaz ≥ 2 lézí nebo objektivní klinický průkaz 1 léze s přijatelným anamnestickým průkazem předchozí ataky	Žádné. Klinická symptomatika stačí; další doklady jsou žádoucí, musí být v souladu s RS.
2 nebo více	Objektivní klinický průkaz 1 léze	DIS (diseminace v prostoru) NEBO další klinická ataka z jiné lokalizace v CNS.
1	Objektivní klinický průkaz ≥ 2 lézí	DIT (diseminace v čase) NEBO druhá klinická ataka.
1	Objektivní klinický průkaz 1 léze	DIS (diseminace v prostoru) NEBO další klinická ataka z jiné lokalizace v CNS A zároveň DIT (diseminace v čase) NEBO druhá klinická ataka.
0 (progrese od počátku)		Rok progrese nemoci (retrospektivně nebo prospektivně) a nejméně dvě následující kritéria: DIS (diseminace v prostoru) v mozku prokázaná pomocí ≥ 1 T2 léze v periventrikulární, juxtakortikální nebo infratentoriální oblasti; DIS v míše prokázaná pomocí ≥ 2 T2 lézí nebo pozitivní CSF.

Zdroj: Havrdová, 2013

Příloha 3 – Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Bodové skóre	Zvládnutí činnosti	Skóre
jedení, pití	10 5 0	sám bez pomoci s pomocí (např. krájení, mazání) nedokáže sám	
oblékání	10 5 0	sám bez pomoci, včetně tkaniček potřebuje pomoc, ale asi polovinu činností zvládne sám v rozumném čase nedokáže sám	
koupání	5 0	soběstačný (sám nebo s pomocí) nedokáže sám	
osobní hygiena	5 0	soběstačný při česání, holení potřebuje pomoc	
kontinence moči	10 5 0	ano (během 7 dní) občas inkontinence (max. 1× denně) inkontinence	
kontinence stolice	10 5 0	ano občas inkontinence inkontinence	
používání WC	10 5 0	sám bez pomoci s pomocí (při vstávání, utírání) nedokáže sám	
přesun z lůžka na židli	15 10 5 0	sám bez pomoci potřebuje nepatrnou slovní nebo fyzickou pomoc schopný sedět na židli, ale při přesunu potřebuje fyzickou pomoc nedokáže sám	
pohyblivost, chůze po rovině	15 10 5 0	50 m samostatná chůze (i při použití pomůcek – hůl apod.) 50 m chůze se slovní nebo fyzickou pomocí jedné osoby sám pohyblivý na vozíku nedokáže sám	
pohyblivost po schodech	10 5 0	sám bez pomoci potřebuje slovní nebo fyzickou pomoc nedokáže sám	

Celkové skóre:
100 bodů

Hodnocení: těžký stupeň závislosti: 0–40 b.
střední stupeň závislosti: 45–60 b.
lehký stupeň závislosti: 65–95 b.
nezávislost: 100 b.

Zdroj: Slezáková, 2014

Příloha 4 - Test instrumentálních všedních činností

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačný

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

Příloha 5 – Maslowova hierarchie potřeb



Hierarchie potřeb podle A. Maslowa

Zdroj: <http://www.otevrene-vyucovani.cz/ov/vychodiska/masl.jpg>

Příloha 6 – Struktura rozhovoru se sestrami

Otázky k rozhovoru se sestrami

1. V čem vnímáte specifika ošetrovatelské péče o pacienty s RS?
2. Jak vnímáte v souvislosti s Vámi poskytovanou ošetrovatelskou péčí uspokojování biologických potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS?
3. Jak vnímáte v souvislosti s Vámi poskytovanou ošetrovatelskou péčí uspokojování psychologických potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS?
4. Jak vnímáte v souvislosti s Vámi poskytovanou ošetrovatelskou péčí uspokojování sociálních potřeb u pacientů s nižším stupněm postižení RS?
5. Jak vnímáte v souvislosti s Vámi poskytovanou ošetrovatelskou péčí uspokojování biologických potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS?
6. Jak vnímáte v souvislosti s Vámi poskytovanou ošetrovatelskou péčí uspokojování psychologických potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS?
7. Jak vnímáte v souvislosti s Vámi poskytovanou ošetrovatelskou péčí uspokojování sociálních potřeb u pacientů s vyšším stupněm postižení RS?
8. Jaké potřeby bývají u pacientů s RS nejčastěji nesaturovány?
9. Jaké nejčastější ošetrovatelské intervence poskytujete pacientovi s nižším stupněm postižení RS?
10. Jaké nejčastější ošetrovatelské intervence poskytujete pacientovi s vyšším stupněm postižení RS?
11. Jaký rozdíl v ošetrovatelských intervencích vnímáte v souvislosti se stupněm postižení RS?
12. Co je podle Vás prioritou v ošetrovatelské péči o pacienta s RS?

Příloha 7 – Struktura rozhovoru s respondenty s RS

Otázky k rozhovoru s respondenty s RS

1. Jak dlouho trpíte RS?
2. Jak často býváte hospitalizován(a)?
3. Jak se v průběhu nemoci změnily Vaše potřeby?
4. Jak vnímáte uspokojování Vašich potřeb v domácím prostředí?
5. Jak vnímáte uspokojování Vašich potřeb při hospitalizaci?
6. Jak se měnily Vaše potřeby v souvislosti se změnou stupně RS?
7. Jak vnímáte uspokojování Vašich potřeb v začátcích RS?
8. Jak vnímáte uspokojování Vašich potřeb v pokročilém stadiu RS?
9. Jakým způsobem sestra napomáhá při uspokojování Vašich potřeb?
10. Jaká ošetrovatelská péče se Vám dostává při hospitalizaci?

Příloha 8 – Souhlas náměstkyně ošetřovatelské péče s provedením výzkumu

Klatovská nemocnice, a.s.

Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

Mgr. Vladislava Veselá

Studentka ZSF JČU

Lucie Kolářová

tel: 728863064

376530204 interna Sušice

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Klatovské nemocnici, a.s.
zaměřeného na specifika ošetřovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou.

Vážená paní magistro,

jsem studentkou 3. Ročníku ZSF JČU oboru všeobecná sestra – kombinované studium a obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v Klatovské nemocnici, a.s. jako podkladu pro moji bakalářskou práci s názvem „Specifika ošetřovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou“. Kvalitativní výzkumné šetření bude provedeno formou polostandardizovaných rozhovorů s audio záznamem. Rozhovory budou provedeny se šesti náhodně vybranými sestrami neurologického oddělení. Cíle a výzkumné otázky spolu s otázkami k rozhovorům Vám přikládám v příloze. Předpokládaný termín je od 9.3.2015 do 25.3.2015.

Děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem Kolářová Lucie

V Sušici dne 2.3.2015

Souhlasím

Mgr. V. Veselá

