

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Jarmila Matoušková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Život mužů s diagnózou roztroušená skleróza mozkomíšní

Jarmila Matoušková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jarmila Matoušková**
Osobní číslo: **Z14217**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Život mužů s diagnózou roztroušená skleróza mozkomíšní**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

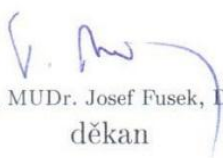
1. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 233 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
2. HAVRDOVÁ, Eva. Roztroušená skleróza. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 485 s. ISBN 978-80-204-3154-7.
3. HAVRDOVÁ, Eva et al. Roztroušená skleróza v praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 161 s. ISBN 9788074921896.
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 9788024727134.
5. SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studium i praxi. 2.přeprac. a dopl.vyd. Praha: Grada, 2015, 383 s. ISBN 9788024752471.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3. 5. 2017

Jarmila Matoušková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ochtinské Haně za cenné rady, ochotu a čas věnovaný vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za ochotu a vstřícnost při vyplňování dotazníku.

ANOTACE

Tato práce se zabývá roztroušenou sklerózou mozkomíšní. Jedná se práci teoreticko-výzkumného charakteru. Teoretická část je zaměřena na problematiku roztroušené sklerózy mozkomíšní, její historii, příznaky, průběh, diagnostiku a léčbu. S tímto onemocněním úzce souvisí i kvalita života, které se věnuje druhý úsek teoretické části. Výzkumná část se zabývá výsledky dotazníkového šetření provedeného u mužů trpících roztroušenou sklerózou mozkomíšní pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, muži, ošetrovatelská péče, roztroušená skleróza mozkomíšní

TITLE

Quality of life men with diagnosis of multiple cerebrospinal sclerosis

ANNOTATION

This work deals with multiple cerebrospinal sclerosis. This work has a theoretical-research character. The theoretical part is focused on the issue of multiple cerebrospinal sclerosis, its history, symptoms, progression, diagnosis and treatment. Quality of life is closely related to this disease, which is the main topic of the second section of the theoretical part of this work. The research part deals with results of a questionnaire survey conducted with men suffering from multiple cerebrospinal sclerosis by means of a non-standardized questionnaire created by myself.

KEYWORDS

Quality of life, men, multiple cerebrospinal sclerosis, nursing care

OBSAH

Úvod	11
Cíle práce	12
1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ.....	13
1.1 Patofyziologie centrálního nervového systému při RSM.....	13
1.2 Historie roztroušené sklerózy mozkomíšní	14
1.3 Rizikové faktory.....	15
1.4 Klinický obraz.....	16
1.5 Formy onemocnění dle průběhu	18
1.5.1 Relaps - remitentní forma RSM.....	19
1.5.2 Sekundárně - progresivní forma RSM	19
1.5.3 Primárně - progresivní forma RSM	19
1.5.4 Progresivní - relabující forma RSM.....	19
1.6 Diagnostika.....	19
1.6.1 Neurologické vyšetření.....	20
1.6.2 Magnetická rezonance (MR)	20
1.6.3 Lumbální punkce (LP).....	20
1.6.4 Elektroencefalografie	21
1.6.5 Evokované potencionály	21
1.6.6 Oční vyšetření	22
1.7 Léčba	22
1.7.1 Léčba akutní ataky RSM	22
1.7.2 Dlouhodobá imunomodulační terapie	23
1.7.3 Symptomatická léčba	24
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OSOBY S RSM	25
2.1 Potřeby v životě jedince	25
2.2 Ošetrovatelská péče o nemocné s RSM	25

3	KVALITA ŽIVOTA.....	29
3.1	Co značí pojem kvalita života?	29
3.2	Nástroje hodnocení kvality života.....	29
4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
5	METODIKA VÝZKUMU	32
5.1	Pilotní výzkum	32
5.2	Forma dotazníku	32
5.3	Počet dotazníků.....	33
5.4	Výzkumný vzorek	33
5.5	Vyplňování dotazníku a následný sběr.....	33
5.6	Zpracování výsledků	33
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	34
7	DISKUZE.....	56
8	ZÁVĚR	61
9	POUŽITÁ LITERATURA	62
10	PŘÍLOHY	66

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1: Hodnocení aktuálního zdravotního stavu	34
Obrázek 2: Hodnocení současného zdravotního stavu v porovnání s minulým rokem	35
Obrázek 3: První projevy RSM- počet odpovědí.....	36
Obrázek 4: Současné zdravotní obtíže v souvislosti s RSM- počet odpovědí.....	37
Obrázek 5: Četnosti hospitalizace v průběhu roku	38
Obrázek 6: Zdroje informací o RSM.....	41
Obrázek 7: Kvalita informací o RSM poskytnutých ve zdravotnickém zařízení	42
Obrázek 8: Pracovní uplatnění respondentů	43
Obrázek 9: Používané kompenzační pomůcky	46
Obrázek 10: Využívané služby sociální pomoci.....	47
Obrázek 11: Počet kuřáků.....	48
Obrázek 12: Počet vykouřených cigaret.....	49
Obrázek 13: Jak dlouho kouříte?.....	50
Obrázek 14: Přestal jste po sdělení diagnózy RSM kouřit?	51
Obrázek 15: Věk respondentů.....	52
Obrázek 16: Rodinný stav respondentů.....	53
Obrázek 17: Jak dlouho se léčí respondenti s RSM.....	54
Obrázek 18: Počet hospitalizovaných a ambulantně léčených respondentů	55
Tabulka 1: Hodnocení kvality života a dalších součástí života	39
Tabulka 2: Popisné statistiky – hodnocení kvality života	39
Tabulka 3: Soběstačnost respondentů při běžných činnostech	44

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
INFB	Interferon beta
IU	International units = mezinárodní jednotka pro množství vitamínu D
LP	Lumbální punkce
MR	Magnetická rezonance
OCT	Optická koherentní tomografie
SQWL	Subjektivní kvalita pracovního života
RSM	Roztroušená skleróza mozkomíšní
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ÚVOD

Tato práce je zaměřena na onemocnění roztroušená skleróza mozkomíšní. Jedná se o chronické neurologické autoimunitní onemocnění. Projevuje se především u mladých lidí v produktivním věku, hlavně mezi 20. a 40. rokem života. Vede často ke zdravotním komplikacím, které omezují nemocné v každodenním životě. Ať už se jedná o únavu, bolesti, poruchu zraku, poruchy citlivosti či hybnosti končetin nebo sfinkterové obtíže, to vše ovlivňuje kvalitu života nemocných, protože tito lidé jsou nuceni zcela změnit svůj dosavadní život. Následkem nemoci mohou být odkázáni na používání kompenzačních pomůcek či na pomoc druhé osoby. I když současná medicína dokáže zpomalit průběh nemoci a ulevit nemocnému od obtěžujících symptomů, stále se jedná o nevyléčitelné onemocnění. Častěji jsou postiženy ženy, na které byly zaměřeny mnohé bakalářské a diplomové práce. Proto je tato práce specifikována na muže trpící roztroušenou sklerózou mozkomíšní a na jejich subjektivní hodnocení kvality života.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na tři části. V první části vysvětluje pojem roztroušená skleróza mozkomíšní, zabývá se historií onemocnění. Představuje také patofyziologické procesy v mozku, které vedou ke vzniku již zmíněného onemocnění. Dále jsou zde popsány příznaky nemoci, typy průběhu onemocnění, diagnostika a léčba. Druhý díl teoretické části patří ošetrovatelské péči o osoby trpící roztroušenou sklerózou mozkomíšní. Závěr teoretické části je zaměřen na vysvětlení pojmu kvalita života. Dále jsou zde představeny nástroje hodnotící kvalitu života.

Výzkumná část práce zkoumá život mužů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní tvorby. Výzkum probíhal v Olomouckém kraji v nemocnici okresního typu od října 2016 do ledna 2017. V Olomouckém kraji se počet nemocných RSM v roce 2013 pohyboval kolem 1 771 (ÚZIS, 2014). Celkový počet respondentů činil 34. Hlavním cílem práce je zjistit, jaké oblasti života nejvíce ovlivňuje nemoc a jak je následně ovlivněna kvalita života respondentů. Výsledky jsou porovnávány s daty nasbíranými autory v bakalářských pracích vydaných v předchozích letech.

CÍLE PRÁCE

Cíl hlavní:

1. Zjistit jaká je kvalita života u mužů s diagnózou roztroušená skleróza mozkomíšní.

Cíl teoretické části:

1. Seznámit s problematikou onemocnění roztroušená skleróza mozkomíšní a vysvětlit pojem kvalita života.

Cíle praktické části:

1. Nalézt nejzávažnější problémy týkající se narušení kvality života u osob mužského pohlaví s roztroušenou sklerózou mozkomíšní.
2. Porovnat rozdíl vnímání kvality života u žen a u mužů trpících roztroušenou sklerózou mozkomíšní.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ

Jedná se o autoimunní chronický zánět, který poškozuje myelin a oligodendroglie mozku a míchy a vede k jejich postupné destrukci. Příčina onemocnění je prozatím neznámá (Seidl, 2008, s. 119).

V posledních letech se zvyšuje prevalence, což je počet nemocných na celkový počet obyvatel v dané oblasti. Nejvíce se roztroušená skleróza mozkomíšní (dále RSM) vyskytuje v severní Evropě, severu USA, Kanadě, jižní Austrálii a Novém Zélandě - zde činí prevalence více než 30/100 000 obyvatel. V České republice (ČR) se v letech 2008 - 2009 pohybovala prevalence kolem 160/100 000 obyvatel (Havrdová a kol., 2013, s. 21 - 33). V roce 2013 celkový počet nemocných v ČR činil 27 536 (ÚZIS, 2014).

Díky zlepšené diagnostice a modernějším vyšetřovacím metodám stoupá počet nově diagnostikovaných osob. Postupně se i prodlužuje délka života nemocných s RSM, hlavně díky stále se zlepšující zdravotní péči. Nyní je doba přežití s RSM i delší než 25 let, což je oproti roku 1917 doba výrazně delší. Tehdy se délka přežití pohybovala pouze mezi 8 - 12 roky. Častěji trpí touto nemocí ženy, představují asi 70 % nemocných (Havrdová a kol., 2013, s. 21 - 33). První příznaky se objevují mezi 20. a 40 rokem života. Čím pozdější je začátek onemocnění, tím je průběh mírnější (Pfeiffer, 2007, s. 236).

1.1 Patofyziologie centrálního nervového systému při RSM

Centrální nervový systém (dále CNS) tvoří mozek a hřbetní mícha (Orel a kol., 2014, s. 101). Základní stavební a funkční jednotkou CNS je neuron. Je složen z buněčného těla, dostředivých výběžků (dendritů) a odstředivého výběžku (axon). Jeho funkcí je příjem, šíření a zpracování informací (Druga a kol., 2011, s. 11). Spoje mezi neurony se nazývá synapse, kde je vzruch přenášen pomocí chemických látek, kterými jsou nejčastěji acetylcholin a noradrenalin (Němka a kol., 2009, s. 7).

CNS vedle neuronů tvoří glie, což je podpůrná tkáň. Mezi gliové buňky patří astrocyty, oligodendrocyty a buňky endymu (Seidl, 2015, s. 268 - 270). Funkce astrocytů je podpůrná, vytváření strukturální opory neuronů a zajišťování rovnováhy extracelulárního prostoru. Oligodendrocyty tvoří myelinový obal kolem axonu, čím je urychleno vedení signálu axonem. Endymové buňky vystylají povrch dutin CNS (Druga a kol., 2011, s. 18 - 19). Periferní část nervového vlákna je obalena myelinovou pochvou. Čím více má vlákno myelinu, tím je

rychlejší vedení vzruchu. Bílá hmota CNS se skládá z nervových vláken, která dále vytváří nervové dráhy. Senzitivní dráhy vedou pocity hmatu, tahu, tlaku, tepla, chladu a bolesti z periferního receptoru. Senzorické dráhy jsou určeny k vedení podnětů zrakových, sluchových, rovnovážných, sluchových a čichových (Naňka, 2009, s. 7, 302).

Myelinizace značí tvorbu myelinových pochev kolem nervových vláken. Myelin není pouze izolantem nervových vláken, ale také stimuluje vedení vzruchu. Při RSM dochází k destrukci myelinu vlivem autoimunitního zánětu. V důsledku ztráty myelinu vznikají na mozku ohraničená ložiska, tzv. plaky. Nejčastěji se nacházejí v okolí mozkových komor, v optických nervech a v míše v bílé hmotě (Seidl, 2015, s. 268 - 270). Při autoimunitním onemocnění není schopen imunitní systém zachovat toleranci proti vlastním strukturám, následkem toho napadá vlastní buňky a tkáně (Orel a kol., 2014, s. 71).

1.2 Historie roztroušené sklerózy mozkomíšní

Až do středověku nejsou o nemoci v podstatě žádné doklady dochovány. První písemné zmínky o RSM jsou zaznamenány v deníku Augusta d'Este (1794 - 1848), kde popisuje svou ztrátu zraku s následnou úpravou. Po letech se k obtížím přidalo ještě dvojité vidění (diplopie) a zhoršená hybnost končetin (paraparéza), poté se již zdravotní stav neupravil (Havrdová a kol., 2013, s. 13 - 20). Ke zkoumání a postupnému objasnění patofyziologie CNS vedoucí ke vzniku RSM docházelo až v 19. století. Jean-Martin Charcot (1825 - 1893) popsal klinicko-patologické závislosti. Zaznamenal sice jen 34 případů RSM, přesto má zásluhu na popisu klinického triasu (nystagmus, dysartrie, ataxie). V roce 1885 popsal Babinski závislost mezi intenzitou zánětu a poškozením axonu. Otto Margurg (1874 - 1927) si všiml na některých axonech tenké myelinové vrstvy, popisuje proto tzv. demyelinizaci. James Dawson (1870 - 1927) zkoumal stádium vývoje plak. K diagnostice RSM jistě přispěla lumbální punkce, do klinické praxe byla zavedena roku 1891 Heinrichem Quinckem. Syntézu protilátek proti RSM v likvoru popsal roku 1942 E.Kabat. O zavedení objektivních hodnotících škál neurologického postižení se postaral John F.Kurtzke (Havrdová a kol., 2013, s. 13 - 20).

Neurologie jako samostatný obor u nás vznikla na přelomu 19. a 20. století (Pfeiffer, 2007, s. 13). Druhá polovina 20. století byla důležitá pro rozvoj diagnostiky RSM, a to díky zavedení evokovaných potencionálů do praxe v roce 1972 (M.Halliday a Ian McDonald) a následně díky objevu magnetické rezonance roku 1981 (Havrdová a kol., 2013, s.13 - 20).

1.3 Rizikové faktory

Mezi vnější faktory, které mají vliv na vznik RSM patří virus Epstein-Barr (EBV), nedostatek vitamínu D a kouření. Mezi infekční agens, která se podílí na vzniku RSM patří herpetické viry, retroviry a *Chlamydia pneumoniae*. Nejdůležitějším patogenem, který má vliv na vznik RSM je **virus Epstein-Barr**. V raném dětství probíhá tato infekce většinou asymptomaticky, v dospívání a v dospělosti se jeví jako infekční mononukleóza (Havrdová a kol., 2013, s. 87 - 103).

Gen způsobující RSM sice nebyl nalezen, přesto je u příbuzných v první linii riziko rozvoje RSM 10 x vyšší. Výskyt RSM u žen je 2 až 3 krát častější než u mužů. Začátek nemoci u mužů je pozdější než u žen, dochází avšak k rychlejší progresi onemocnění a těžšímu postižení. Je to dáno rozdílnými hladinami pohlavních hormonů progesteronu, estrogenu a testosteronu. U žen během těhotenství se zvyšuje hladina estrogenu a progesteronu, především v třetím trimestru. U většiny pacientek klesá v tomto období aktivita nemoci. Naopak ke zvýšení aktivity dochází asi 3 - 6 měsíců po porodu, kdy klesá hladina estrogenu a progesteronu (Havrdová a kol., 2013, s. 110).

Kouření oslabuje imunitní systém, proto je u kuřáků vyšší výskyt infekcí. U nemocných s nově diagnostikovanou RSM je počet kuřáků dvojnásobný (Havrdová et al., 2015, s. 145). Vzniká proto vyšší riziko přechodu nemoci do sekundární progresie. Kouření má vliv i na rozvoj RSM u potomků kuřáků. Vysoké riziko vzniku RSM je i u absolutních nekuřáků, kteří jsou vystaveni cigaretovému kouři (Havrdová a kol., 2013, s. 109). V ČR počet kuřáků tabákových výrobků v roce 2015 činil 24,1 % populace (Sovinová a kol., 2016).

Vitamin D zvyšuje toleranci imunitního systému, ale rovněž i brání jeho nadměrné aktivizaci (Havrdová et al., 2015, s. 15). Nedostatek vitamínu D v prenatálním období a raném dětství je prokázaným rizikovým faktorem pro vznik RSM. Mezi zdroje tohoto vitamínu patří sluneční záření, které podporuje jeho tvorbu v kůži. V letním období je schopno tělo člověka se světlým fototypem vyrobit až 10 000 IU v průběhu 20 minut vlivem působení ultrafialového slunečního záření. Druhým zdrojem je potrava, zejména tučné ryby a jejich vnitřnosti (tuňák, losos), vaječný žloutek, plnotučné mléko a sýry. Potravou lze získat pouze 10 % potřebné dávky vitamínu D, což je během jednoho jídla 40 - 400 IU (Havrdová a kol., 2013, s. 105 - 106). Nedostatek tohoto vitamínu může způsobit také hlubokou muskuloskeletární bolest u ležících nemocných, kteří trpí navíc malnutricí (Rokyta a kol., 2012, s. 17).

1.4 Klinický obraz

Konkrétní klinický projev RSM určuje místo poškozené zánětem v CNS (Havrdová et al., 2015, s. 25). Na počátku onemocnění dominují spíše nespecifické příznaky, kterými jsou bolesti hlavy, únava, bolesti končetin a deprese (Seidl, 2015, s. 272).

Únavou trpí asi 2/3 nemocných, vyskytuje se nejčastěji u primárně a sekundárně progresivní fázi onemocnění. Jelikož se jedná o subjektivní pocit, je těžké jej definovat (Havrdová a kol., 2013, s. 139). Nemocní popisují zvýšenou únavnost, nedostatek nebo ztrátu energie nebo pocit vyčerpání (Řasová, 2007, s. 42). Vliv mají i některé léky jako jsou myorelaxancia, betablokátory, benzodiazepiny a antiepileptika (Havrdová a kol., 2013, s. 139).

Senzitivní poruchy se dělí na poruchy kožní citlivosti a poruchy hluboké citlivosti. Negativní symptomy, kterými jsou hypestezie (snížená citlivost) a anestezie (úplná necitlivost) představují těžší poruchy v oblasti senzitivní dráhy. Mezi pozitivní symptomy patří dysestezie (abnormálně vnímané pocity), parestezie (pocity mravenčení a brnění) nebo hyperstezie - zvýšená citlivost (Havrdová a kol., 2013, s. 118). Parestezie patří mezi první specifické příznaky, i když jim zpočátku nemocní nevěnují dostatečnou pozornost, jelikož obvykle spontánně odezní (Seidl, 2015, s. 272). Mezi senzitivní obtíže patří i bolest, která se projevuje epizodicky nebo má chronickou podobu. Nemocní si stěžují na bolestivé dysestezie končetin, mají pocit svírání na trupu nebo na končetinách. Dále udávají bolesti ramen a bolesti v pánvi, které neodpovídají nálezů jiné patologie (Havrdová a kol., 2013, s. 118).

Neuralgie trigeminu má podobu silné šlehavé bolesti v oblasti inervované 2. a 3. větví trigeminu (Havrdová a kol., 2013, s. 123). Bolest je lokalizovaná v oblasti oka, tváře nebo dolní čelisti a trvá sekundy až minuty. Často je přítomen i vegetativní doprovod v podobě slzení nebo sekrece z nosu. Spouštěcím mechanismem je senzitivní stimul, například lehký dotek, jídlo, čištění zubů nebo mluvení (Rokyta a kol., 2009, s. 48).

Dalším specifickým příznakem je **porucha zraku**. Může se jednat o mlhavé vidění, bolest při pohybu bulbů, pokles zrakové ostrosti nebo poruchu barevného vidění. Vzniká poškozením zrakové dráhy nervu optiku zánětlivou plakou (Seidl, 2015, s. 272). K úplné ztrátě zraku dochází výjimečně (Havrdová et al., 2015, s. 27). Časté bývá i dvojité vidění (diplopie), které může být dokonce jedním z prvních příznaků nemoci (Pfeiffer, 2007, s. 236).

Poruchy motoriky se projevují převážně na dolních končetinách, horní končetiny jsou postiženy později. Projeví se jako centrální spastické monoparézy nebo spastické paraparézy dolní končetiny (Seidl, 2015, s. 273). Tyto poruchy jsou nejčastější příčinou invalidity při RSM. Dolní končetiny jsou postiženy spasticitou dvakrát častěji než končetiny horní. Postižení hybnosti dolních končetin se hodnotí ve vztahu k běžným denním aktivitám, mezi které patří chůze, nutnost opory při chůzi, schopnost ovládat mechanický vozík, přesun z vozíku na toaletu nebo na lůžko. Omezení funkce horních končetin má vliv na schopnost sebeobsluhy při hygieně, oblékání, obouvání a přípravě jídla (Havrdová a kol., 2013, s. 120).

Mozečkové příznaky se vyznačují třesem (tremor), nejistotou při chůzi a stojí a dále pak skandovanou řečí. Mohou vznikat i poruchy vestibulárního systému, mezi které patří nystagmus (mimovolní kmitavý pohyb očních bulbů) nebo závrat' (Havrdová et al., 2015, s. 124 - 126).

Objevují se i **poruchy při vyprazdňování močového měchýře** jako je nucení na močení i při malé náplni močového měchýře nebo úniky moče. Retence moče může být u 5 - 9 % mladých pacientů vůbec prvním příznakem RSM (Seidl, 2015, s. 273). Obtíže při močení udává 35 - 39 % nemocných RSM (Havrdová a kol., 2013, s. 123). Možný je i výskyt obtíží s vyprazdňováním stolice, ve smyslu zácpy a u některých forem nemoci i inkontinence stolice (Pfeiffer, 2007, s. 264).

Sexuální poruchy jako je např. nemožnost orgasmu nebo hypestezie genitálií popisuje až 50% nemocných žen. U mužů se až v 75% se projevuje erektilní dysfunkce nebo předčasná ejakulace. Erektlní dysfunkcí se rozumí trvalá neschopnost dosažení a udržení erekce penisu opakovaně po dobu 6 měsíců (Havrdová a kol., 2013, s. 272 - 273). Důvodem pro tuto dysfunkci může být nejen základní neurologické onemocnění, ale i změny cévní, hormonální nebo psychické důvody (Havrdová a kol., 2013, s. 131).

Poruchy polykání (dysfagie) trápí asi 30 % nemocných. Vznikají poruchou senzitivní inervace nervu IX. (nervus glossopharyngeus, nerv jazykohltanový) a nervu XII. (nervus hypoglossus, nerv podjazykový). Takto vzniká špatná informace o konzistenci a o objemu sousta. Poruchou inervace motorické části nervu X. (nervus vagus, nerv bloudivý) a nervu XII. (nervus hypoglossus, nerv podjazykový) vzniká neúplný uzávěr příklopky hltanové (Havrdová a kol., 2013, s. 124).

Kognitivní poruchy, hlavně paměti a pozornosti, se objevují na začátku RSM u 20 - 30 % nemocných. V pokročilejších stádiích nemoci se projevují již u 60 % nemocných vlivem atrofie limbických struktur (Seidl, 2015, s. 273). Dochází tak ke zpomalení rychlosti zpracování informací (Havrdová a kol., 2013, s. 136). K hodnocení intelektových funkcí se v praxi využívá Mini-Mental State Examination (MMSE). Na základě vyhodnocení úrovně orientace, okamžité paměti, pozornosti, řeči, schopnosti rozpoznání, praktické dovednosti a zrakově prostorové schopnosti se určí stupeň poruchy kognitivních funkcí (Rokyta a kol., 2012, s. 28).

Poruchy nálad se projeví jako deprese nebo naopak euforie. U RSM je riziko suicida 3x vyšší než u zdravých jedinců (Seidl, 2015, s. 273). Havrdová (2013) uvádí riziko suicida u nemocných RSM dokonce 7x vyšší než u běžné populace. Za nejrizikovější skupinu uvádí mladé muže do pěti let od sdělení diagnózy. Deprese se vyskytuje u nemocných RSM asi v 50 %, což je třikrát vyšší výskyt než u běžné populace. Může být reakcí na vznik a rozvoj nemoci, vedlejší reakcí na farmaka nebo vzniká jako samostatné onemocnění. Úzkostí trpí asi 36 % nemocných RSM, více ženy (Havrdová a kol., 2013, s. 132 - 134). Formy a zastoupení úzkostných poruch u nemocných RSM a u běžné populace jsou zobrazeny v příloze A.

1.5 Formy onemocnění dle průběhu

Existují formy asymptomatické, formy benigní s minimálním neurologickým deficitem, ale i formy maligní s rychlou invalidizací. Průběh RSM probíhá formou atak nebo progresivním zhoršováním neurologických funkcí, někdy i kombinací obou (Havrdová a kol., 2013, s. 142 - 143).

Atakou se rozumí nové symptomy nebo zhoršení již přítomných symptomů, které trvají déle než 24 hodin. Interval od začátku předchozích atak je menší než třicet dní (Berlit, 2007, s. 375). První ataku onemocnění může vyvolat infekce, porod, psychický nebo fyzický stres, poranění, chirurgický výkon, často však vyvolávající podnět chybí. Průběh onemocnění může probíhat u pacientů různě, proto je i odpověď na léčbu různá. Nejlépe je možno ovlivnit průběh nemoci na počátku, v pozdější fázi vzniká neurodegenerace a pacient již nereaguje na protizánětlivé léky (Seidl, 2015, s. 271 - 274).

Benigní forma RSM se vyznačuje tím, že pacienti i po dlouhé době (klidně i 25 let) mají stále dobrý neurologický nálezn bez závažnější invalidity. Na rozdíl tomu maligní forma může způsobit těžkou invaliditu a vést až ke smrti již během prvních let nemoci. Postihuje asi 3% nemocných RSM (Havrdová et al., 2015, s. 50).

1.5.1 Relaps - reminentní forma RSM

Po první atace následuje ústup obtíží. Pacient se cítí dobře a výsledky vyšetření jsou v normě. Další ataka se může objevit brzy nebo až po delší době, klidně i po 10 letech. Průměr výskytu další ataky se pohybuje kolem 2 let. Tato forma postihuje asi 70 % nemocných v začátku nemoci (Seidl, 2015, s. 274). V období mezi atakami neroste neurologický deficit (Havrdová a kol., 2013, s. 134).

1.5.2 Sekundárně - progresivní forma RSM

K přechodu do sekundárně progresivní formy dochází u 50 - 60 % nemocných (Pitřha, 2015). K přechodu do této formy dochází po určité době (10 - 20 let). Pokud se spotřebuje funkční rezerva axonů, která činí asi 20 - 30 %, mění se průběh onemocnění (Seidl, 2015, s. 275). Snižuje se sice počet atak, ale prohlubuje se invalidita pacienta (Havrdová et al., 2015, s. 50). Zhoršuje se i neurologický deficit bez relapsu nebo s občasnými relapsy (Havrdová a kol., 2013, s. 144).

1.5.3 Primárně - progresivní forma RSM

Na rozdíl od ostatních forem RSM má malou zánětlivou složku a tím pádem je zde i malá odpověď na léčbu. Proto zde narůstá i neurologický deficit (Seidl, 2015, s. 274). Postihuje asi 10 % pacientů. Objevuje se až v pozdějším věku, kolem 40. roku života, více u mužů (Havrdová et al., 2015, s. 50). Vzniká různě dlouhé období stabilizace neurologického stavu nebo je kolísání stavu jen nenápadné (Havrdová a kol., 2013, s. 144).

1.5.4 Progresivní - relabující forma RSM

Po atace sice nastává zlepšení stavu, ale již zůstává neurologický deficit a po každé následující atace onemocnění progreduje (Seidl, 2015, s. 274). Mezi relapsy pokračuje progresse neurologického deficitu (Havrdová a kol., 2013, s. 145).

1.6 Diagnostika

Diagnóza RSM je stanovena na podkladě mnoha kritérií. Je třeba nejdříve neurologického vyšetření. Další formou diagnostiky jsou kritéria dle McDonalda z roku 2010 (Seidl, 2015, s. 277). Diagnostika je zde založena na počtu atak a nálezů alespoň dvou ze tří paraklinických vyšetření. Mezi ty se řadí magnetická rezonance, výsledky odběru likvoru a vyšetření zrakových potencionálů (Havrdová a kol., 2013, s. 170 - 171). V rámci diferenciální diagnostiky je důležité vyloučit myelitidu nebo expanzivní proces v mozku či v míše (Pfeiffer, 2007, s. 265).

1.6.1 Neurologické vyšetření

V rámci anamnézy se zjišťují subjektivní obtíže pacienta. Lékař se při diagnostice RS zaměřuje na stav vědomí, poruchy řeči, poruchy chůze, slabost nebo omezenou hybnost končetiny, závratě, poruchy zraku (Špinar a kol., 2008, s. 143). Existují i škály určující míru postižení v rámci RSM. Jedná se například o Rozšířenou stupnici míry postižení EDSS, Beckovy sebeposuzovací škály, Kurtzkeho škálu (příloha B), Orientační neuropsychologický dotazník, Dotazník depresivních příznaků nebo Modifikovaná škála tíže únavy (Havrdová a kol., 2013, s. 147 - 159).

1.6.2 Magnetická rezonance (MR)

Tato vyšetřovací metoda slouží v současnosti především k zobrazování CNS (Ferda et al., 2015, s. 29). Upřednostňováno je při patologických stavech postihující bílou hmotu mozkovou, mezi které RSM patří. Zdrojem signálu jsou radiofrekvenční pulzy z frekvenčního pásma rozhlasových vln (Seidl, 2015, s. 120 - 122). Výhodou tohoto vyšetření je, že nezatěžuje organismus člověka rentgenovým zářením. Nesmí ho však absolvovat pacienti, kteří mají kardiostimulátor nebo sluchový aparát, toto jsou absolutní kontraindikace MR (Havrdová et al., 2015, s. 42 – 43). Při vyšetření je také nutná spolupráce vyšetřovaného jedince (Ferda et al., 2015, s. 29).

1.6.3 Lumbální punkce (LP)

Jedná se o diagnostickou i terapeutickou metodu, dochází při ní k odběru mozkomíšního moku (likvoru). U dospělého člověka se odebírá většinou 10 - 15 ml této tekutiny. Jehla k odběru likvoru se zavádí do subarachnoidálního prostoru míšního kanálu, místem vpichu je prostor mezi čtvrtým a pátým bederním obratlem (Slezáková, 2014, s. 37). Mícha končí na rozhraní druhého a třetího obratle, tím pádem nehrozí při lumbální punkci poškození míchy (Seidl, 2015, s. 134 - 136).

Průkaz RSM v likvoru značí zvýšení gama globulinu při normální hodnotě bílkovin. Stanovení intratekální syntézy celkových i specifických protilátek či stanovení oligoklonárních IgG pásů nyní umožňují moderní metody (Seidl, 2015, s. 134 - 136). Dříve než se lumbální punkce provede, je nutné vyšetřit oční pozadí, k vyloučení městnavé papily (Berlit, 2007, s. 115). Dále musí být vyloučeno jiné postižení mozku, jako je nádor, otok a krvácení (Havrdová et al., 2015, s. 46).

Vhodná poloha k lumbální punkci je vsedě s vytvořením tzv. kočičího hřbetu nebo vleže na boku s dolními končetinami přitaženými k hrudníku. Po dezinfekci místa vpichu lékař odebírá

10 – 15 ml likvoru. V průběhu LP se důležitého pacienta uklidňovat a sledovat jeho celkový stav. U některých pacientů dochází při LP ke krátkodobému kolapsu, zejména u neurotiků nebo u labilních pacientů. V případě kolapsu je LP přerušena, pacient je uložen do vodorovné polohy, popřípadě je dle ordinace lékaře aplikováno neuroleptikum. Po výkonu pacient nejdříve zaujímá 2 hodiny vodorovnou polohu na břiše, poté může ležet i na zádech s hlavou mírně podloženou maximálně jedním polštářem. Takto musí ležet 8 - 20 hodin, dokud není doplněn obsah likvoru (Slezáková, 2014, s. 37 - 38). Tvorbu likvoru podporují nápoje s obsahem kofeinu, proto se doporučuje po LP přijímat nápoje s obsahem kofeinu (Havrdová et al., 2015, s. 48). Po LP se sleduje místo vpichu, zda není přítomno krvácení, otok nebo vytékání likvoru. Zvýšená pozornost se věnuje i možným postpunkčním komplikacím, mezi které patří bolesti hlavy, nauzea a zvracení (Slezáková, 2014, s. 37 - 38).

1.6.4 Elektroencefalografie

Jedná se o neinvazivní vyšetřovací metodu, při které se zaznamenávají bioelektrické potencionály mozku (Pfeiffer, 2007, s. 321). Vyšetření provádí sestra s certifikátem v klinické neurofyzilogii a neurodiagnostice. Grafický záznam se nazývá elektroencefalogram a vyhodnocuje jej neurolog. Celé vyšetření trvá asi 20 minut. Pacient dostane na hlavu speciální EEG čepici. Během vyšetřením leží pacient na zádech, provádí se provokace pomocí hyperventilace a fotostimulace (Slezáková, 2014, s. 43). Jde o pomocnou metodu, u RSM se používá k diagnostice epileptických záchvatů, které mohou být první manifestací RSM (Havrdová a kol., 2013, s. 199 - 200).

1.6.5 Evokované potencionály

Zrakové evokované potencionály (VEP) provádí stimulaci zraku specifickým podnětem, nejčastěji černobílou šachovnicí. Zaznamenává se reakce odpovědi na tento podnět povrchovou elektrodou nad zrakovým centrem (Slezáková, 2014, s. 48 - 52). Při RSM se projeví sice zpomalený, ale dobře zachovaný potenciál zrakovou drahou (Berlit, 2007, s. 374).

Sluchové evokované potencionály (BAEP) stimulují sluch specifickým podnětem (klikání ve sluchátkách a reakce formou specifické křivky povrchovou elektrodou nad sluchovým centrem). Při RSM toto vyšetření diagnostikuje postižení demyelinizační postižení v průběhu sluchové dráhy (Slezáková, 2014, s. 48 - 52).

Somatosenzitivní evokované potencionály (SSEP) ukazují při RSM poškození vedení vzruchu aferentní drahou. Pomocí elektrického stimulu na periferním nervu horní nebo dolní

končetiny registruje povrchová elektroda senzomotorické aferentace (Slezáková, 2014, s. 48 - 52).

Motorické evokované potencionály (MEP) stimulují pomocí elektrického nebo magnetického impulsu motorický kortex mozkové kůry a následně měří charakter a rychlost odpovědi v periferním svalu vyšetřované horní nebo dolní končetiny (Slezáková, 2014, s. 48 - 52).

1.6.6 Oční vyšetření

Porucha zraku patří mezi první příznaky RSM. Oční vyšetření zahrnuje vyšetření zrakové ostrosti, barevného vidění, vyšetření perimetrem, zobrazení sítnice optickou koherentní tomografií (OCT) nebo vyšetření oka štěrbinovou lampou. OCT je neinvazivní zobrazovací metoda, při které se zobrazují příčné řezy sítnice. Při OCT vzniká obraz na základě infračerveného paprsku odraženého od tkáňových struktur (Havrdová a kol., 2013, s. 213 - 214).

1.7 Léčba

Včasné zahájení léčby má pro nemocné zásadní význam. Lze zpomalit rozvoj atrofie CNS a tím předejít možné invaliditě nemocného (Meluzínová, 2010)

1.7.1 Léčba akutní ataky RSM

Při akutní atace RSM se podávají kortikoidy (methylprednisolon) 3 – 5 dní v dávce 1 gram intravenózně (Berlit, 2007, s. 377). Léčba akutní ataky podáváním kortikoidů může probíhat i 5 – 10 dní (Pfeiffer, 2007, s. 365). Během aplikace může pacient pociťovat hořkost na jazyku, slabost, dále může zrudnout nebo pociťovat bušení srdce. Může nastat změna psychického stavu, jako je zhoršení deprese, pocity euforie nebo výjimečně i psychotické příznaky. Při podávání kortikoidů dochází ke zvýšenému vylučování draslíku, to lze nahradit příjmem banánů a meruněk (Havrdová et al., 2015, s. 53 - 54).

Při těžké akutní atace nereagující na podání kortikoidů se přistupuje na plazmaferézu, která funguje na principu odstranění protilátek z oběhu. Provádí se většinou 5 - 7 krát, každý druhý den. Před plazmaferézou je nutné vyšetření krve (krevní obraz, CRP, ionty, jaterní testy, ledvinné funkce, INR, APTT, fibrinogen), moče (chemicky i kultivačně) a zavedení centrálního žilního katetru. Mezi kontraindikace plazmaferézy patří kardiální nedostatečnost, jaterní selhání a poruchy srážlivosti. Po výkonu je důležitá prevence traumat z důvodu heparinizace pacienta (Havrdová et al., 2015, s. 54).

1.7.2 Dlouhodobá imunomodulační terapie

Dlouhodobá imunomodulační terapie se dělí na léčbu první a druhé linie. Léčba první linie je bezpečná, ale ne vždy účinná. Léčba druhé linie se využívá u pacientů, pro které byla léčba první linie neúčinná nebo u pacientů, kteří mají špatnou prognózu- časté relapsy, po relapsech nedochází k úpravě stavu, velký nález na MR (Havrdová et al., 2015, s. 55 - 56).

Do **léčby první linie** lze zařadit interferon beta (INFB), glatiramer acetát, teriflunomid a dimethyl fumarát. INFB snižuje aktivitu zánětu a tím se i snižuje množení zánětlivých buněk (Havrdová et al., 2015, s. 55 - 56). Jedná se o látku bílkovinné povahy, kterou vytváří imunitní systém (Pfeiffer, 2007, s. 265). Mezi preparáty INFB patří Betaferon, Rebif nebo Avonex (Berlit, 2007, s. 377). Tyto injekční přípravky si aplikují pacienti doma po zaškolení obvykle jednou týdně formou subkutánní nebo intramuskulární. Mezi nežádoucí účinky patří tzv. flu-like syndrom, kdy se po vpichu látky objevují typické chřipkové příznaky (Meluzínová, 2010). Dalším nežádoucím účinkem jsou lokální reakce, které se projeví jako zčervenání, zatvrdnutí nebo až nekróza místa vpichu. Je nutné sledovat hodnoty jaterních testů a krevního obrazu, INFB může snižovat hodnoty v bílé i v červené krevní řadě (Havrdová et al., 2015, s. 55 - 57).

Glatiramer acetát se do těla se aplikuje injekční formou (preparát s názvem Copaxone). Jedná se o umělý antigen, který mění imunitní buňky v protizánětlivé, ty následně putují do CNS. Tlumí tak zánět a navíc chrání nervová vlákna. Mezi ojedinělé nežádoucí reakce patří bušení srdce, zrudnutí, nevolnost a úzkost. Teriflunomid má protizánětlivé účinky. Je podáván formou perorální tablety jednou denně, což je výhodou pro pacienty, kteří špatně snášejí injekční aplikaci. Jeho nevýhodou jsou terotogenní účinky, z organismu je vylučován po dobu dvou let. Dimethyl fumarát je v zahraničí podáván jako lék první volby, v ČR se podává jen pacientům, u kterých nepůsobí předešlé uvedené léky (Havrdová et al., 2015, s. 62 - 64).

Léčba druhé linie má dobré reakce asi jen u 30 % pacientů, částečný efekt pak nastává u asi 40 % nemocných. Fingolimod je užíván perorálně. Jeho účinkem je zadržování lymfocytů v uzlinách, což vede k omezení jejich vstupu do CNS. Avšak kvůli nedostatku lymfocytů dochází ke zvýšenému výskytu infekcí, především v dolních dýchacích cestách a infekcí herpetických. Natalizumab znemožňuje přestup lymfocytů do CNS, protože se váže na adhezivní molekuly lymfocytů. U části pacientů se stabilizuje neurologický nález a na MR nejsou nové léze. Nežádoucím účinkem je možnost vzniku virového zánětu mozku (Havrdová et al., 2015, s. 68 - 69).

Alemtuzumab je protilátka, která se nachází na povrchu většiny imunitních buněk. V ČR je schválena k léčbě relaps-reminetní formy RSM. Jsou prokázány příznivé účinky na remyelinizaci a zpomalení atrofie. Mezi nežádoucí účinky patří mírná bolest hlavy, zimnice, svědění kůže nebo ztížené dýchání. Závažným nežádoucím účinkem je riziko rozvoje sekundárních autoimunitních onemocnění. Jedná se však o finančně náročnou léčbu (Lišková a kol., 2016).

1.7.3 Symptomatická léčba

Smyslem symptomatické léčby je úleva nemocnému od symptomů, které toto onemocnění doprovázejí. Spočívá v podávání analgetik při bolestech, spasmolytik při křečích a uroseptik při uroinfekcích. Při infekčním onemocnění je nutné, aby pacient dodržoval fyzický klid a včas začal užívat antibiotika (Seidl, 2015, s. 279). K léčbě deprese se nejčastěji používají antidepressiva skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a samozřejmě i psychoterapie (Meluzínová, 2010). Rehabilitace a lázeňská léčba nesmí být prováděna při akutní atace onemocnění, kdy nesmí být pacient jakkoliv přetěžován. Při rehabilitaci je také nutné myslet na zvýšenou unavitelnost osob s RSM a tyto subjektivní pocity nemocných respektovat (Pfeiffer, 2007, s. 266).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OSOBY S RSM

„Péči definujeme jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti.“ (Kutnohorská, 2007, s. 43). Péče je zaměřena na patrné nebo předpokládané potřeby a snaží se zkvalitnit život jedince. Při poskytování ošetřovatelské péče je důležitá trpělivost, vlídnost a empatie (Burda a kol., 2016, s. 23).

2.1 Potřeby v životě jedince

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“ (Šamánková a kol., 2011, s. 12).

Teoriemi lidských potřeb se v minulosti zabývala řada výzkumníků. Mezi nejznámější patřil americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908 - 1970), který v roce 1943 představil svou hierarchii potřeb (Maslowova hierarchie potřeb). Dle Maslowova jsou základními lidskými potřebami fyziologické, mezi které patří potřeba tekutin, výživy, udržené tělesné teploty, vyprazdňování, pohybu a tělesné pohody. Na ně navazují potřeby bezpečí a jistoty, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a na vrcholu pomyslné pyramidy je potřeba seberealizace (Mastiliaková, 2014, s. 23 - 24). Teorie je založena na tvrzení, že pokud člověk není schopen uspokojit základní tělesné potřeby, není schopen uspokojit ani potřeby vyšší (Šamánková a kol., 2011, s. 25 - 36).

2.2 Ošetřovatelská péče o nemocné s RSM

„Sebepéče je chápána jako vědomé jednání, které osoba provádí, aby si zajistila nebo udržela zdraví a vytvořila podmínky nutné pro vývoj. Pokud není nemocný schopen tohoto jednání, vzniká deficit sebepéče“ (Halmo, 2014, s. 35).

Ke zjištění míry **soběstačnosti nemocného** se používají různé škály, například Barthelův test základních všedních činností (příloha C). Zjišťuje se zde míra soběstačnosti při různých činnostech, mezi které patří najedení či napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a po schodech. Každá položka je obodována, maximální počet bodů činí 100 a značí plně soběstačného jedince (Šamánková, 2011, s. 34 - 35).

Při deficitu sebepéče v oblasti **hygienické péče** je nemocný doprovázen do koupelny a zde provádí osobní hygienu sám nebo s dopomocí ošetřovatelského personálu. U imobilních

nemocných se provádí hygienická péče na lůžku nebo v koupelně na koupacím lůžku (Burda a kol., 2016, s. 27). Důležité je udržovat kůži nemocného čistou a suchou a sledovat projevy poruchy kožní integrity (Vyjtečková a kol., 2011, s. 122).

Snahou je **udržení přirozeného pohybu** co nejdéle a k tomu vytvoření vhodných podmínek. Jedná se například o doprovod na procházku, na toaletu, dle za použití kompenzačních pomůcek dle potřeby (hůl, berle, chodítka). Pokud již není schopen nemocný chůze, je nutné mu zajistit pohyb v rámci lůžka- posazení při jídle, dopomoc při změně polohy (Burda a kol., 2016, s. 28). Při poruchách hybnosti je důležitá fyzioterapie prováděná fyzioterapeuty, sloužící k udržení nebo obnovení pohybových funkcí. Nelékařský zdravotnický personál může provádět rehabilitační ošetřování. Pomocí protahování končetin se ztracenou aktivní hybností dochází k udržení rozsahu pohybu v kloubech, předchází se tak vzniku kontraktur a imobilizačního syndromu (Šamánková a kol., 2011, s. 107 - 108).

Pokud není nemocný schopen sám měnit aktivně polohu, ošetrovatelský personál u něj provádí **polohování**. Je to prevence vzniku kontraktur, deformit a snižuje riziko vzniku dekubitů (Vyjtečková a kol., 2011, s. 79, 122). Dekubitem se rozumí rána způsobená poruchou prokrvení a je vyvolána tlakem. K vyhodnocení rizika dekubitů se v České republice nejčastěji využívá škála dle Nortonové, která je hodnocena na základě schopnosti spolupráce, věku, stavu pokožky, dalších onemocnění, tělesného stavu, stavu vědomí, pohyblivosti, inkontinence a aktivity nemocného. Maximální počet bodů je 36, tehdy nemocný bez rizika vzniku dekubitu. Toto riziko vzniká při dosažení 25 bodů. Čím je skóre nižší, tím riziko vzniku dekubitu stoupá. Další škály hodnotící riziko vzniku dekubitu jsou Škála dle Bradenové a Škála dle Waterlowa (Mikula a kol., 2008, s. 10 - 22).

K polohování se využívají polohovací pomůcky, mezi které patří různé polštářky vyplněné polystyrenovými kuličkami, molitanové podložky a kostky, polohovací lůžko, gelové polohovací pomůcky, hranoly, válce, kolečka a jiné. Během dne se provádí polohování na lůžku každé 2 hodiny, v noci každé 3 - 4 hodiny (Vyjtečková a kol., 2011, s. 79, 122). U nemocných na vozíku nebo židli se pohybuje interval polohování od 30 minut do 1 hodiny, protože při sezení se vyvíjí větší tlak na určité části těla (Mikula a kol., 2008, s. 26). K prevenci opruzenin a dekubitů pomáhá dále i vyvážená strava, dostatek tekutin, čisté a suché prostředí a promazávání predilekčních míst ochrannými prostředky na kůži (masážní emulze, roztoky, krémy s obsahem kafru, ochranné pasty a zinková mast). Predilekční místa jsou místa, kde hrozí zvýšené riziko vzniku poruchy kožní integrity. Odvíjí se dle aktuální polohy nemocného,

například při poloze na zádech jsou predilekčními místy paty, sacrum, lokty, lopatky a týl (Vyjtečková a kol., 2011, s. 79 - 153).

V pokročilých stádiích RSM můžou nemocní trpět **poruchou polykání**. U nemocného je nutné provést nutriční screening a vypočítat hodnotu BMI (Body mass index = tělesný hmotnostní index). Důležité je zvolit vhodnou dietu, eventuálně zajistit konzultaci s nutričním terapeutem (Šamánková a kol., 2011, s. 113). Strava by měla být vhodně a vkusně naservírována, podávána v menších dávkách, zato častěji. Při podávání stravy může zůstat část v ústech, hrozí zde riziko vdechnutí (aspirace). Je nutné dávat zvýšený pozor na příjem tekutin, aktivně je nabízet a sledovat denní příjem (Burda a kol., 2016, s. 26).

K hodnocení intenzity **bolesti** se využívá nejčastěji vizuální analogová škála (VAS). Intenzitu bolesti udává nemocný pomocí číslic, kdy 0 znamená žádnou bolest a číslo 10 značí nesnesitelnou bolest (Šamánková a kol., 2011, s. 95). Úkolem zdravotníka je snížit intenzitu nebo odstranit udávanou bolest pomocí analgetik podávaných dle ordinace lékaře (Rokyta a kol., 2009, s. 37).

Poruchy **vyprazdňování močového měchýře** trápí nemocné s RSM většinou v pozdějších stádiích nemoci. Pokud z důvodu poruchy hybnosti není nemocný sám schopen přesunu na toaletu, zajistí ošetrovatelský personál jeho doprovod nebo k lůžku pokojový klozet. Pokud není nemocný schopen přesunu na klozet, je přiložena podložní mísa nebo močová lahev (Vyjtečková a kol., 2011, s. 144 - 146). K trvalé derivaci moče se používá permanentní močový katétr (Šamánková a kol., 2011, s. 115). Lze využít i pomůcky pro inkontinentní (natahovací plenkové kalhotky, pleny, jednorázové podložky do lůžka). I zde hrozí riziko vzniku poruchy kožní integrity a riziko vzniku infekce močových cest (Burda a kol., 2016, s. 26 - 27).

Poruchy **vyprazdňování stolice** trápí především nemocné upoutané na lůžko. K prevenci zácpy je vhodné podávání stravy s vysokým obsahem vlákniny a dbát na dostatečný příjem tekutin. Pokud se nemocný není schopen vyprázdnit, je nutné podat medikamenty (laxantiva) dle ordinace lékaře a sledovat účinek. Je nutné dbát na intimitu nemocného a laxantiva podat ve vhodnou dobu, například ne před dobou oběda nebo před dobou návštěv (Šamánková a kol., 2011, s. 114 - 115). U nemocných s RSM může vzniknout i inkontinence stolice. Hrozí zde riziko poruchy kožní integrity, proto je důležitá péče o kůži v okolí konečníku a genitálu (Burda a kol., 2016, s. 26).

U nemocných s RSM jistě hrozí **riziko pádu**. K vyhodnocení rizik pádu slouží Stupnice pádu dle J. Morse. Zde se hodnotí zhoršení chůze, pád v anamnéze, užívání kompenzačních pomůcek

k chůzi, zavedený intravenózní vstup nebo porucha duševních funkcí. Riziko pádu ovlivňují i vnitřní a vnější faktory. Mezi vnitřní rizikové faktory patří předchozí pád, porucha zraku, nejistá chůze, poruchy pohybového aparátu, změny duševního stavu a nynější onemocnění. Vnější rizikové faktory mají vztah k okolí pacienta. Patří zde prostředí obklopující pacienta - špatné osvětlení, nevhodná obuv, kvalita povrchu (vlhká podlaha, klouzající koberce) a nesprávná technika používání kompenzačních pomůcek. K vnějším faktorům patří i užívání léků ovlivňující CNS, mezi která se řadí sedativa, anxiolytika a benzodiazepiny. Zdravotnický pracovník je schopen úpravou prostředí zabránit pádu pacienta (Joint Commissoon Resources, 2007, s. 23 - 24).

3 KVALITA ŽIVOTA

Zdraví a kvalita života spolu navzájem souvisejí a navzájem se ovlivňují. Co si tedy pod pojmem zdraví představit? Existuje mnoho definic zdraví. Jednou z nich je definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1946: „*Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti*“ (Křivohlavý, 2009, s. 37).

3.1 Co značí pojem kvalita života?

Také definic kvality života je několik. Kvalita života je dle WHO definována jako to, *jak člověk vnímá svoji pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, přičemž se nahlíží jeho cílům, očekáváním a normám* (Slezáčková, 2012, s. 23).

Kvalitu života lze hodnotit z několika úrovní. Makrorovina studuje velké společenské celky (země), mezorovina malé společenské skupiny (studenti ve škole, pacienti v nemocnici) a mikrorovina se zaměřuje přímo na život jednotlivce. Dále lze hodnotit kvalitu života z pohledu subjektivního nebo objektivního. Objektivní podmínky odpovídají zdravotnímu stavu a socioekonomickému statutu. Subjektivně lze klasifikovat osobní pohodu a životní spokojenost. Záleží také na pojetí hodnotového systému dotazovaného člověka (Slezáčková, 2012, s. 23).

V modelu kvality života dle WHO je kvalita života dělena do šesti oblastí: fyzická kvalita života, psychická kvalita života, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a náboženství (Gurková, 2011, s. 71)

3.2 Nástroje hodnocení kvality života

Mezi nejčastěji celosvětově používané **generické nástroje hodnocení zdravotního stavu** patří zejména SIP (Sickness Impact Profile) hodnotící efektivitu léčby a analyzující farmakoeconomiku, jeho výsledky jsou následně využity v oblasti zdravotní politiky. Dalším celosvětovým generickým nástrojem pro hodnocení zdravotního stavu patří NHP (Nottingham Health Profile), který je zaměřen na hodnocení distresu tělesného, sociálního a psychického. V ČR se nejčastěji využívá generický nástroj SF-36 pro farmakoeconomické účely a ke zjišťování statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva. Jak již napovídá název, skládá se z 36 položek hodnotících fyzické a mentální zdraví. Dalším hodnotícím nástrojem využívaným pro potřeby klinické praxe v ČR je WHOQOL- BREF. Je složen z 26

položek, které vyhodnocují fyzické zdraví, psychickou oblast, sociální vztahy a prostředí. Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL- 100 (Gurková, 2011, s. 144 - 145).

Specifické nástroje hodnocení kvality života se zaměřují se na nalezení faktorů ovlivňující kvalitu života nemocných se specifickým onemocněním (Gurková, 2011, s. 149). K hodnocení kvality života u osob trpících RSM se využívá rozsáhlý dotazník Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory. Je zde dotazovaným hodnocena subjektivní kvalita osobního, rodinného, pracovního a společenského života (Řasová, 2007, s. 105). I další neurologická onemocnění mají své specifické nástroje hodnocení kvality života. U nemocných s Parkinsonovou chorobou je nejčastěji používaný dotazník Parkinson's disease questionnaire- 39. U epileptiků se využívá dotazník Quality of Life in Epilepsy (Gurková, 2011, s. 163).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je v současnosti míra nezávislosti respondentů při běžných denních činnostech?
2. Jak jsou respondenti spokojeni s podanými informacemi o roztroušené skleróze mozkomíšní a odkud tyto informace čerpají?
3. Jaká je spokojenost respondentů s kvalitou svého života a v jakých oblastech jsou naopak nespokojeni?
4. Je pro respondenty sdělení diagnózy roztroušená skleróza mozkomíšní důvodem, proč přestat kouřit, nebo i přes toto riziko pokračují nadále ve svém zlovyku?

5 METODIKA VÝZKUMU

Tato bakalářská práce je zpracována jako teoreticko-výzkumná. Cílem bylo zjištění, jak hodnotí kvalitu života muži trpící roztroušenou sklerózou mozkomíšní. Výzkumné šetření probíhalo od října 2016 do ledna 2017 formou kvantitativního výzkumu. Při kvantitativním výzkumu dochází k shromažďování a analyzování dat (Kutnohorská, 2009, s. 22). K tomuto účelu byl použit tištěný anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby obsahující celkem 20 otázek (příloha D). Sběr dat probíhal v nemocnici Olomouckého kraje okresního typu po předchozím schválení od vedení nemocnice.

5.1 Pilotní výzkum

Pilotní výzkum slouží k ověření otázky z pohledu hlediska, řeší případné problémy spojené s výzkumným vzorkem a může předvídat i další průběh výzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 54). Proto byl před zahájením rozdávání dotazníku proveden nejdříve pilotní výzkum. Osloveny byly 4 zdravotní sestry a 4 pacienti, aby se vyjádřili k dotazníku a vznesli případné dotazy či připomínky. Jelikož nebyly shledány dotazovanými žádné námítky ani připomínky, byl použit dotazník bez dalších úprav. Takto získaná data nebyla zahrnuta do výsledného výzkumného šetření.

5.2 Forma dotazníku

V úvodu dotazníku je představení výzkumníka, vysvětlení účelu dotazníkového šetření, ujištění o anonymitě, instrukce ke správnému vyplnění a poděkování. První část dotazníku zjišťuje první a nynější obtíže, které souvisí s RSM. Dále zde respondenti hodnotí subjektivní kvalitu života a další součásti života, které s jeho kvalitou úzce souvisí. Tato část dotazníku se také zabývá informacemi o RSM, které byly respondentům poskytovány, pracovním uplatněním dotazovaných. Dále je zjišťováno, zda respondenti používají kompenzační pomůcky nebo služby sociální pomoci. Čtyři otázky byly zaměřeny na problematiku kouření u osob s RSM. Část zaměřená na soběstačnost respondentů vychází z Barthelova testu základních lidských činností (příloha C). V závěrečné části dotazníku jsou zjišťovány demografické údaje, mezi které patří věk, rodinný stav, doba léčení s RSM a zda jsou respondenti nyní hospitalizováni či léčení ambulantně. Dotazník se skládá z 20 otázek. Z toho je 8 otázek uzavřených (otázky číslo 5, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20), 4 polootevřených (otázky číslo 7, 9, 12, 16), 2 polytomických (otázky číslo 3, 4), 1 filtrační (číslo 13) a 5 škál (číslo 1, 2, 6, 8, 10). U 2 otázek měli respondenti možnost označit více

než jednu odpověď (otázka číslo 3 a 4). U 6 otázek měli možnost respondenti odpovědět svými slovy v možnosti „jiné“ (otázky číslo 3, 4, 7, 9, 12 a 16).

5.3 Počet dotazníků

Celkem bylo rozdáno 35 dotazníků. Na neurologickém lůžkovém oddělení bylo rozdáno 10 dotazníků, v neurologické ambulanci bylo rozdáno 25 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 35, návratnost činila tedy 100 %. Neúplně byl vyplněn 1 dotazník, který proto nebyl zařazen do výsledného výzkumného šetření. Konečný počet tedy činil 34 respondentů.

5.4 Výzkumný vzorek

K výzkumnému vzorku sloužil záměrný výběr respondentů. To značí výběr osob, které mají společné určité vlastnosti (Kutnohorská, 2009, s. 32). Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na osoby trpící RSM. Dalším kritériem bylo vyhledání a oslovení respondentů pouze mužského pohlaví. Osloveni byli pacienti hospitalizováni na neurologickém lůžkovém oddělení nemocnice Olomouckého kraje okresního typu. Vzhledem k výběru specifického vzorku (mužů s RSM je asi 30 % z celkového počtu nemocných) probíhalo dotazníkové šetření i v neurologické ambulanci nemocnice Olomouckého kraje okresního typu.

5.5 Vyplňování dotazníku a následný sběr

Časový limit k vyplnění dotazníku nebyl určen. Pokud nebyl schopen nemocný sám vyplnit dotazník (například z důvodu omezené citlivosti nebo hybnosti horních končetin), diktoval respondent své odpovědi rodinnému příslušníkovi v jednom případě a zdravotnickému pracovníku taktéž v jednom případě.

Vyplněný dotazník respondenti vkládali do přiložené bílé obálky velikosti A4. Zalepenou obálku poté vraceli rovnou výzkumníkovi nebo na pracovnu sester, kde výzkumné šetření probíhalo. Všechny obálky s vyplněnými dotazníky byly otevřeny až po skončení výzkumného šetření. Takto byla zajištěna anonymita všech respondentů.

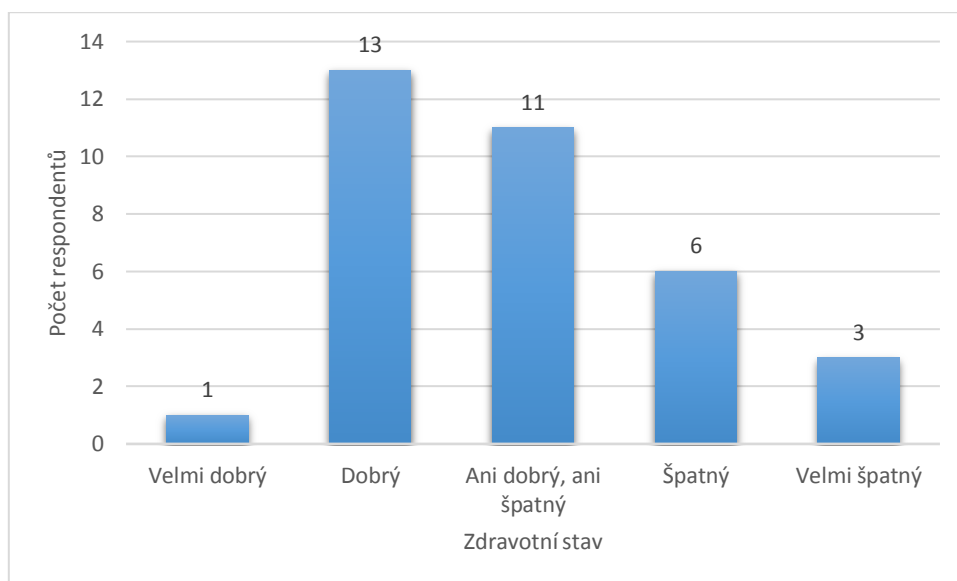
5.6 Zpracování výsledků

Pro zpracování výsledků byly použity programy Microsoft Excel 2013, Microsoft Word 2013 a Statistika 12. Nashromážděná data byla vyhodnocena a zpracována formou tabulek, sloupcových nebo výsečových grafů s krátkým komentářem. V otázce číslo 6 jsou použity i součásti popisné statistiky. Modus je označení pro hodnoty, které se v souboru vyskytují nejčastěji. Aritmetický průměr značí střední hodnotu zkoumaného statistického souboru (Bártlová a kol., 2008, s. 144 - 146).

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Odpovědi byly vyhodnoceny pro větší přehlednost grafickou formou. Pod obrázky a tabulkami je uveden i krátký komentář, který popisuje údaje získané při dotazníkovém šetření.

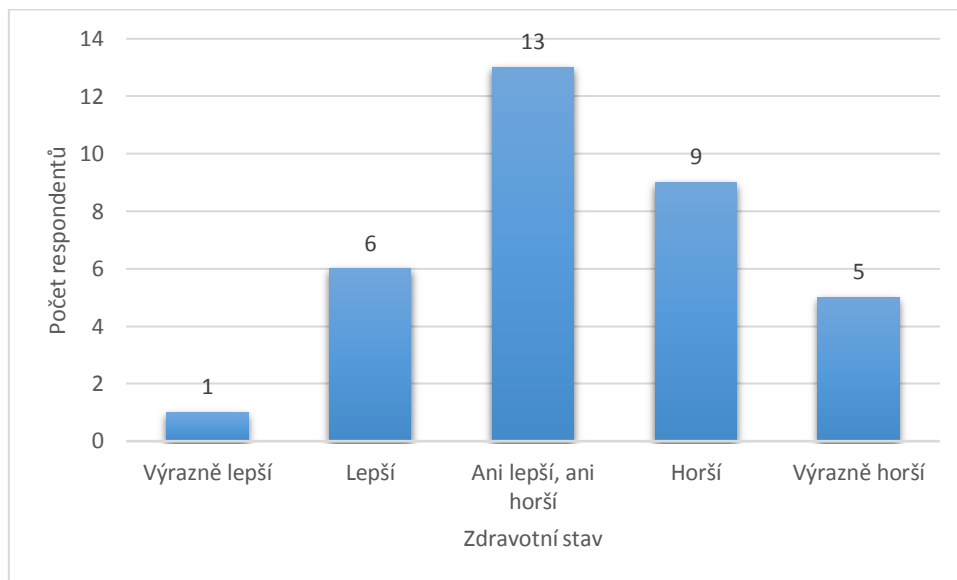
Otázka číslo 1: Jak hodnotíte Váš aktuální zdravotní stav?



Obrázek 1: Hodnocení aktuálního zdravotního stavu

První otázka byla zaměřena na hodnocení aktuálního zdravotního stavu respondentů. Na tuto otázku odpovídalo všech 34 respondentů (100 %). Jako velmi dobrý hodnotil svůj aktuální zdravotní stav pouze 1 respondent (3 %). Nejčastěji vnímají svůj zdravotní stav dotázaní jako dobrý, a to ve 13 případech (38 %). Druhou nejčastější odpovědí na výše položenou otázku byla odpověď „ani dobrý, ani špatný“, celkem byla tato možnost označena v 11 odpovědích (32 %). Špatný aktuální zdravotní stav vnímalo celkem 6 respondentů (18%). Jako velmi špatný označili svůj aktuální zdravotní stav celkem 3 dotázaní (9 %).

Otázka číslo 2: Jak hodnotíte svůj aktuální zdravotní stav v porovnání s minulým rokem?

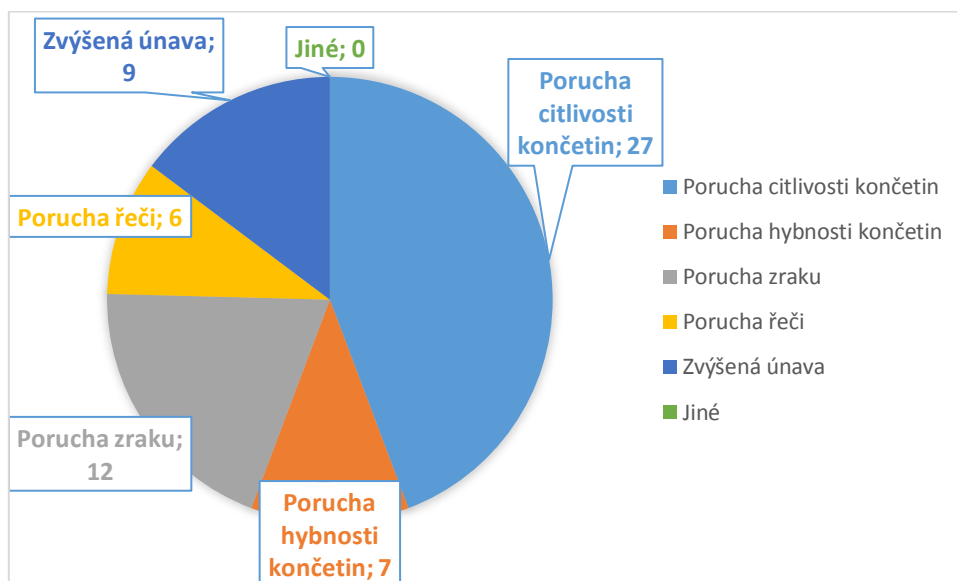


Obrázek 2: Hodnocení současného zdravotního stavu v porovnání s minulým rokem

Druhá otázka byla zaměřena na porovnání aktuálního zdravotního stavu s minulým rokem. Na tuto otázku odpovědělo také všech 34 respondentů (100 %). Výrazně lepší hodnotil svůj aktuální zdravotní stav pouze 1 dotázaný (3 %). Jako lepší vnímalo svůj nynější zdravotní stav celkem 6 respondentů (18 %). Nejvíce frekventovanou odpovědí byla možnost „ani lepší, ani horší“, celkem ve 13 případech (38 %). Jako horší označilo svůj momentální zdravotní stav 9 dotázaných (26 %). Výrazně horší pociťovalo svůj aktuální zdravotní stav 5 respondentů (15 %).

Otázka číslo 3: Jak se u Vás projevila roztroušená skleróza mozkomíšní?

(otázka s možností více odpovědí)

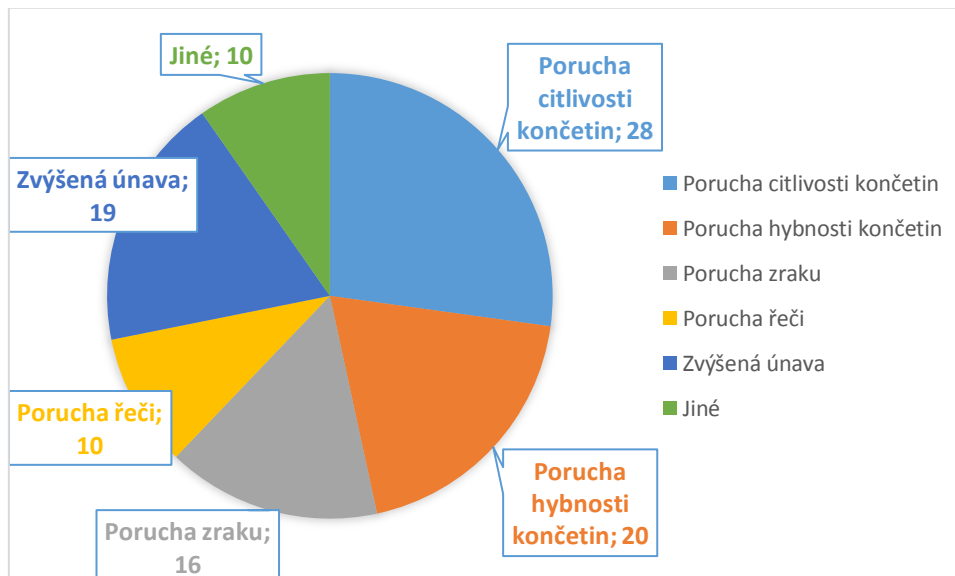


Obrázek 3: První projevy RSM- počet odpovědí

V třetí otázce bylo zjišťováno, jaké měli respondenti první příznaky RSM. Respondenti zde měli možnost označit více než jednu odpověď. Nejčastějším prvním projevem RSM byla porucha citlivosti končetin, projevující se jako zvýšená či snížená citlivost končetin nebo mravenčení končetin. Tato možnost byla označena celkem 27 krát. Následovala porucha zraku ve 12 případech. Tato porucha se mohla projevit jako mlhavé vidění, výpadek zorného pole nebo porucha barevného vidění. Zvýšenou únavu pozorovalo celkem 9 dotázaných. Porucha hybnosti končetin se projevila u 7 respondentů. Porucha řeči se objevila u 6 dotázaných. Možnost „jiné“ nebyla v této otázce využita.

Otázka číslo 4: Jaké máte v současné době problémy v souvislosti s roztroušenou sklerózou mozkomíšní?

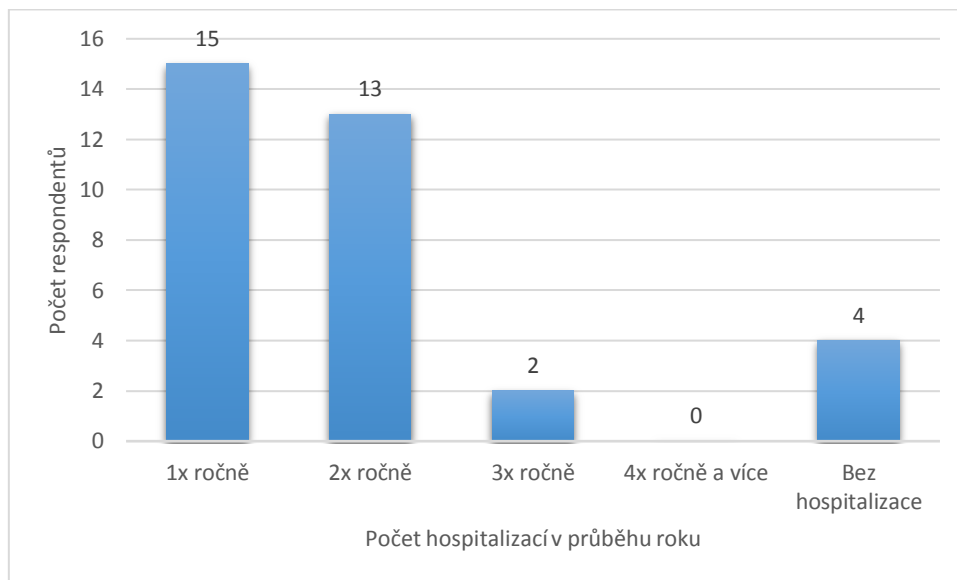
(otázka s možností více odpovědí)



Obrázek 4: Současné zdravotní obtíže v souvislosti s RSM- počet odpovědí

Ve čtvrté otázce bylo zjišťováno, jaké obtíže mají respondenti v současné době v souvislosti s RSM. I zde byla možnost označit více než jednu odpověď. Mezi nejčastější nynější zdravotní obtíže v souvislosti s RSM byla označena možnost porucha citlivosti končetin, která se projevila jako snížená či zvýšená citlivost končetin nebo mravenčení končetin. Tato odpověď byla označena celkem 28 krát. Porucha hybnosti končetin trápí celkem 20 dotázaných. Dalším častým symptomem byla zvýšená únava, a to v 19 odpovědích. Poruchou zraku ve smyslu mlhavého vidění, výpadku zorného pole či poruchy barevného vidění trpí v současnosti 16 respondentů. Porucha řeči se nyní objevuje u 11 dotázaných. V této otázce bylo i v 10 případech využito možnosti „jiné“. Ve 4 případech byla zmíněna celková slabost, 3 respondenti uvedli poruchu močení a zbývajících 3 dotázaní trpí závratěmi.

Otázka číslo 5: Kolikrát za rok jste hospitalizováni v souvislosti s roztroušenou sklerózou mozkomíšní?



Obrázek 5: Četnosti hospitalizace v průběhu roku

V páté otázce byla zjišťována četnost hospitalizací respondentů v souvislosti s RSM. Celkem tuto otázku zodpovědělo 34 respondentů (100 %). V průběhu roku podstoupí jednu hospitalizaci celkem 15 respondentů (44 %). Dvakrát ročně musí být hospitalizováno 13 dotázaných (38 %). V souvislosti s roztroušenou sklerózou mozkomíšní podstoupí hospitalizaci třikrát ročně 2 respondenti (6 %). Možnosti odpovědi „4x a více ročně“ nevyužil žádný dotázaný (0 %). Ve 4 případech (12 %) dotázaní uvedli, že nemusí být v průběhu roku vůbec hospitalizováni v souvislosti s již zmíněnou nemocí.

Otázka číslo 6: V následující tabulce jsou zaznamenány různé součásti života. V každém řádku označte kroužkem jednu odpověď, která nejvíce odpovídá skutečnosti.

(Pokud nejste zaměstnaný, nevyplňujte část o zaměstnání.)

Tabulka 1: Hodnocení kvality života a dalších součástí života

	Velmi dobrý (1)	Dobrý (2)	Ani dobrý, ani špatný (3)	Špatný (4)	Velmi špatný (5)
Kvalita života	6 (18 %)	14 (41 %)	11 (32 %)	3 (9 %)	0 (0 %)
Fyzický stav	3 (9 %)	8 (24 %)	15 (44 %)	7 (20 %)	1 (3 %)
Psychický stav	4 (12 %)	17 (50 %)	11 (32 %)	1 (3 %)	1 (3 %)
Rodinný život	4 (12 %)	15 (44 %)	12 (35 %)	3 (9 %)	0 (0 %)
Zaměstnání	3 (19 %)	8 (50 %)	3 (19 %)	2 (12 %)	0 (0 %)
Společenský život	4 (12 %)	15 (44 %)	12 (35 %)	3 (9 %)	0 (0 %)
Energie, vitalita	1 (3 %)	11 (32 %)	16 (47 %)	6 (18 %)	0 (0 %)

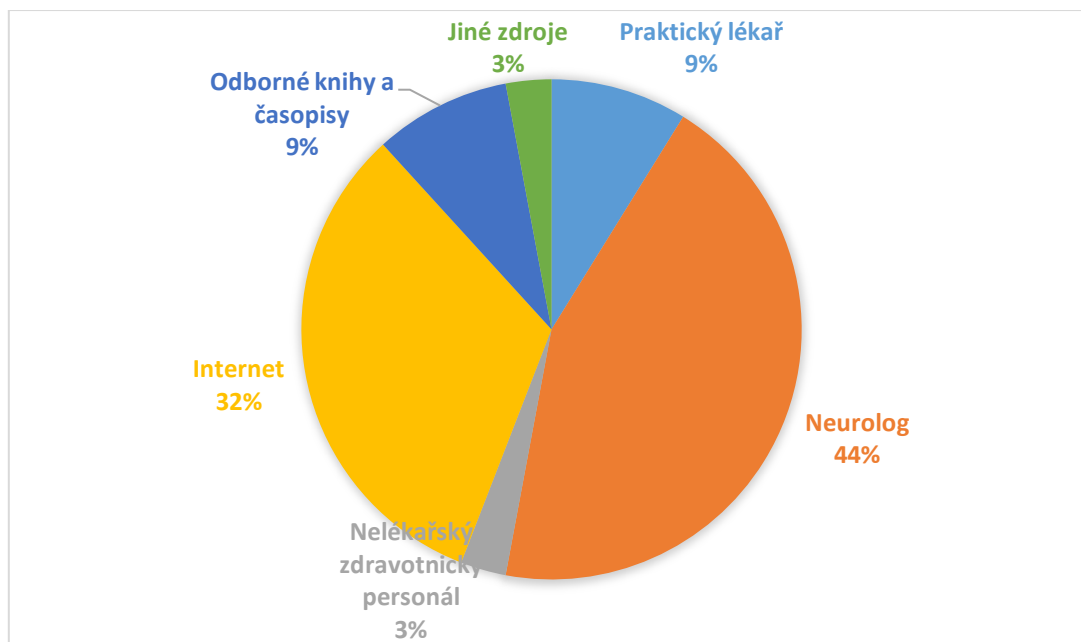
Tabulka 2: Popisné statistiky- hodnocení kvality života

Popisné statistiky	Kvalita života	Fyzický stav	Psychický stav	Rodinný život	Zaměstnání	Společenský život	Energie, vitalita
Modus	2	3	2	2	2	2	3
Průměrná hodnota	2,3	2,8	2,3	2,5	2,3	2,3	2,9

V šesté otázce hodnotili respondenti kvalitu života a další součásti života, které s jeho kvalitou úzce souvisí. Všechny položky hodnotilo všech 34 respondentů (100 %). Jen část o zaměstnání byla hodnocena 16 dotázanými, kteří byli zaměstnání na plný nebo částečný úvazek, zbylých 18 dotázaných tuto část dotazníku nevyplňovalo. Respondenti hodnotili kvalitu života a další součásti života, které úzce souvisí s kvalitou. K dispozici měli následující známkování: číslo 1 - velmi dobrý, číslo 2 - dobrý, číslo 3 - ani dobrý, ani špatný, číslo 4 - špatný a číslo 5 - velmi špatný. V tabulce číslo 3 je uveden počet odpovědí respondentů a také procentuální vyjádření z celkového počtu dotázaných

V tabulce číslo 4 je vyjádřen modus a průměrná hodnota dané položky. Z hodnocení respondentů je patrné, že nejhůře hodnotí svůj fyzický stav a energii. Mezi nejlépe hodnocené položky patří kvalita života, psychický stav, zaměstnání a společenský život.

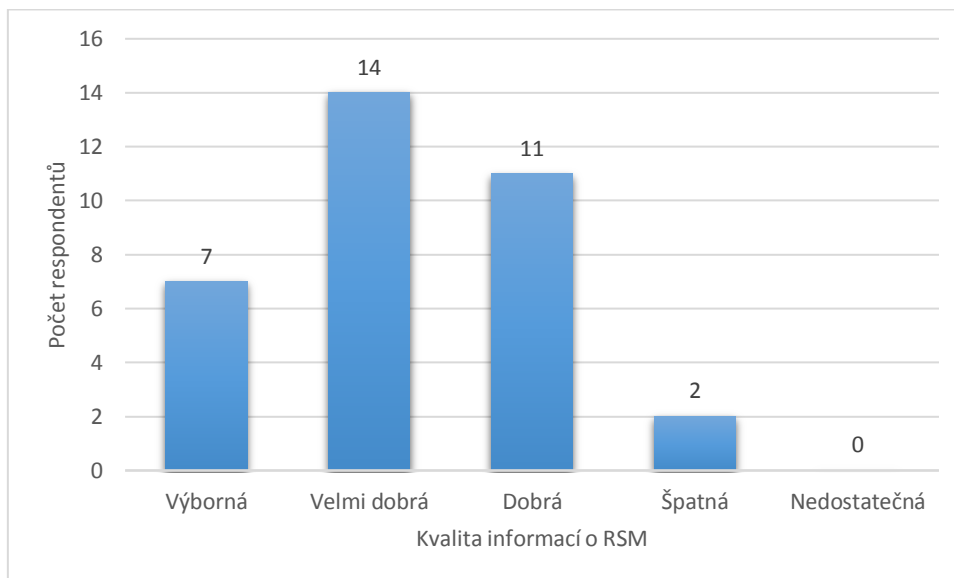
Otázka číslo 7: Odkud čerpáte převážně informace o roztroušené skleróze mozkomíšní?



Obrázek 6: Zdroje informací o RSM

Sedmá otázka se zabývala zdrojem, který respondenti nejčastěji čerpají ke zjištění bližších informací o RSM. Na tuto otázku odpovědělo všech 34 respondentů (100 %). Jako nejčastější zdroj informací označili respondenti neurologa, a to celkem 15 krát (44 %). Druhým nejčastěji uváděným zdrojem byl internet, celkem v 11 případech (32 %). Informace převážně od praktického lékaře čerpali 3 dotázaní (9 %). Z odborné literatury získali potřebné informace 3 respondenti (9 %). Nelékařský zdravotnický personál zastoupený zdravotními sestrami a zdravotními asistenty využil jako zdroj informací o RSM 1 dotázaný (3 %). Možnost „jiné“ využil 1 respondent (3 %). Ten označil jako hlavní zdroj informací o RSM svého známého, který se již několik let též léčí s již zmíněnou nemocí.

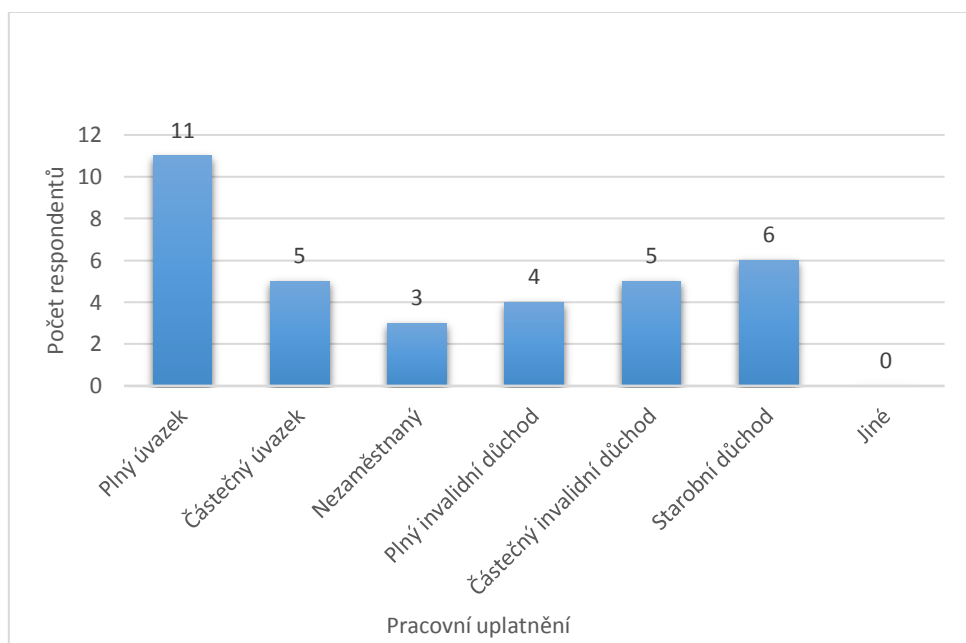
Otázka číslo 8: Jak hodnotí kvalitu informací o roztroušené skleróze mozkomíšní, které Vám byly sděleny ve zdravotnickém zařízení?



Obrázek 7: Kvalita informací o RSM poskytnutých ve zdravotnickém zařízení

Otázka číslo 8 sloužila k hodnocení kvality informací, které respondenti dostali ve zdravotnickém zařízení. Tuto otázku hodnotilo všech 34 respondentů (100 %). Jako výbornou kvalitu získaných informací hodnotilo 7 respondentů (21 %). Velmi dobrou kvalitu informací o RSM získalo celkem 14 dotázaných (41 %). Dobrou kvalitu informací o RSM si odneslo ze zdravotnického zařízení celkem 11 respondentů (32 %). Za špatnou považovali kvalitu poskytnutých informací celkem 2 dotázaní (6 %). Nedostatečné informace nebyly poskytnuty žádnému z účastníků výzkumného šetření.

Otázka číslo 9: Jaké je v současné době Vaše pracovní uplatnění?



Obrázek 8: Pracovní uplatnění respondentů

V deváté otázce bylo zjišťováno, jaké je pracovní uplatnění respondentů. Otázku hodnotilo všech 34 respondentů (100 %). Nejvíce respondentů je zaměstnáno na plný úvazek, a to celkem v 11 odpovědích (32 %). Ve starobním důchodě je 6 respondentů (17 %). Zaměstnán na částečný úvazek je celkem 5 dotázaných (15 %). Shodný počet respondentů pobírá částečný invalidní důchod (15 %). Plný invalidní důchod čerpají celkem 4 respondenti (12 %). Nejmenší skupinu dotázaných tvoří nezaměstnaní, celkem ve 3 případech (9 %). Možnost odpovědi „jiné“ nevyužil nikdo z účastníků výzkumu (0 %).

Otázka číslo 10: Tato část dotazníku je zaměřena na soběstačnost. Zakroužkujte prosím, jaká je Vaše míra soběstačnosti v daných úkonech každodenního života.

Tabulka 3: Soběstačnost respondentů při běžných denních činnostech

	Nezávislý, plně soběstačný (1)	Soběstačný s pomocí kompenzačních pomůcek (2)	Lehká závislost na pomoci druhé osoby (3)	Výrazná závislost na dopomoci druhé osoby (4)	Úplná závislost na pomoci druhé osoby (5)
Příjem stravy a tekutin	29 (85 %)	0 (0 %)	2 (6 %)	2 (6 %)	1 (3 %)
Oblékání	27 (79 %)	0 (0 %)	4 (12 %)	2 (6 %)	1 (3 %)
Osobní hygiena	20 (59 %)	7 (20 %)	4 (12 %)	2 (6 %)	1 (3 %)
Použití WC	17 (50 %)	11 (32 %)	3 (9 %)	2 (6 %)	1 (3 %)
Přesun na lůžko	17 (50 %)	10 (29 %)	4 (12 %)	2 (6 %)	1 (3 %)
Chůze po rovině	17 (50 %)	10 (29 %)	4 (12 %)	2 (6 %)	1 (3 %)
Chůze po schodech	17 (50 %)	10 (29 %)	4 (12 %)	2 (6 %)	1 (3 %)

V 10. otázce hodnotili respondenti svou momentální úroveň soběstačnosti v daných činnostech. Otázku hodnotilo všech 34 respondentů (100 %). Svě odpovědi kroužkovali do výše zobrazené tabulky.

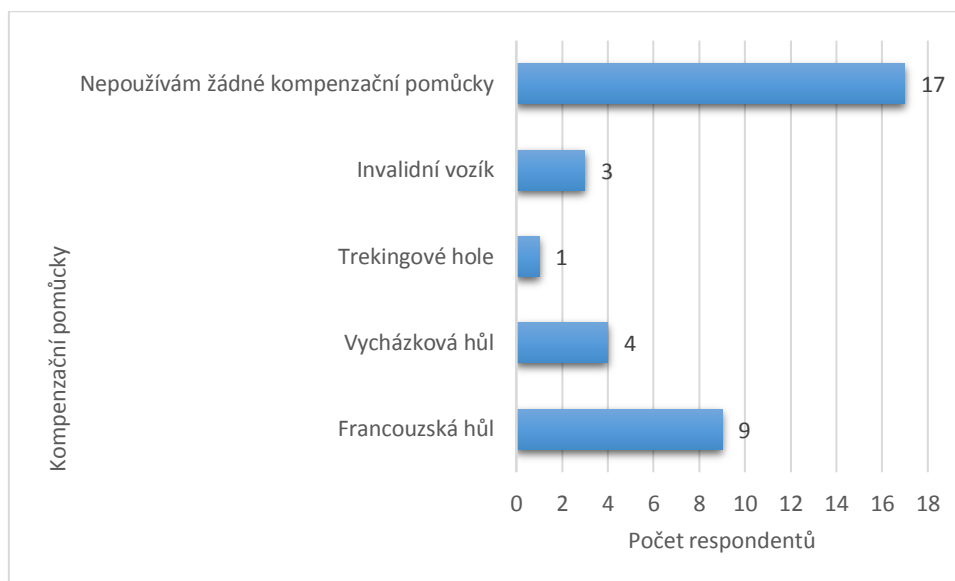
Plně soběstačných při příjmu stravy a tekutin je 29 dotázaných (85 %), při oblékání 27 respondentů (79 %), při osobní hygieně 20 dotázaných (59 %), a ve zbylých činnostech je plně soběstačných shodně 17 respondentů (50 %).

S použitím kompenzačních pomůcek zvládá osobní hygienu 7 dotázaných (20 %) a použití WC 11 respondentů (32 %). Dále přesun na lůžko, chůzi po rovině a chůzi po schodech zvládá s využitím kompenzačních pomůcek shodně 10 respondentů (29 %).

S lehkou dopomocí druhé osoby zvládají příjem stravy a tekutin 2 respondenti (6 %). Další činnosti, mezi které patří oblékání, osobní hygiena, přesun na lůžko, chůzi po rovině a chůzi po schodech zvládají s lehkou pomocí druhé osoby 4 dotázaní (12 %). Použití WC s mírnou dopomocí druhé osoby zvládají 3 respondenti (9 %).

Výraznou závislost na druhé osobě při všech každodenních úkonech vyžadují 2 respondenti (6 %). Úplně závislý na pomoci druhé osoby při všech uvedených činnostech je 1 respondent (3 %).

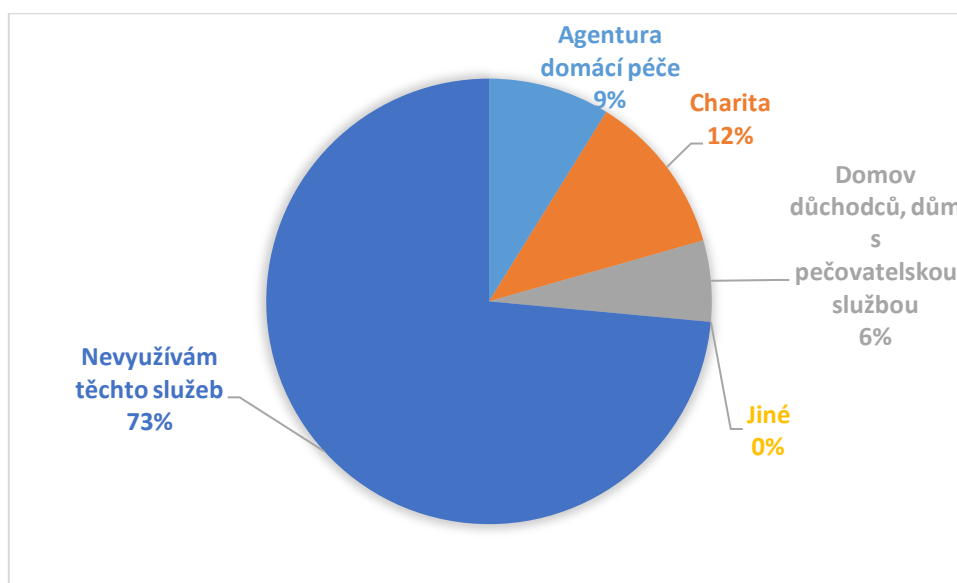
Otázka číslo 11: Které kompenzační pomůcky používáte při pohybu?



Obrázek 9: Používané kompenzační pomůcky

Otázka číslo 11 měla za úkol zjistit, zda používají respondenti kompenzační pomůcky při pohybu. Pokud ano, o jaké pomůcky se jedná. Otázku hodnotilo všech 34 dotázaných (100 %). Největší skupinu tvoří respondenti, kteří nevyužívají žádné kompenzační pomůcky, celkem v 17 případech (50 %). Z nabízených možností je nejčastěji používanou kompenzační pomůckou francouzská hůl či francouzské hole. Tuto odpověď označilo celkem 9 respondentů (26 %). Vycházkovou hůl při pohybu využívají 4 dotázaní (12 %). Pomocí invalidního vozíku se pohybují 3 respondenti (9 %). Nejméně využívanou kompenzační pomůckou jsou trekingové hole. Tuto možnost označil jen 1 respondent (3 %).

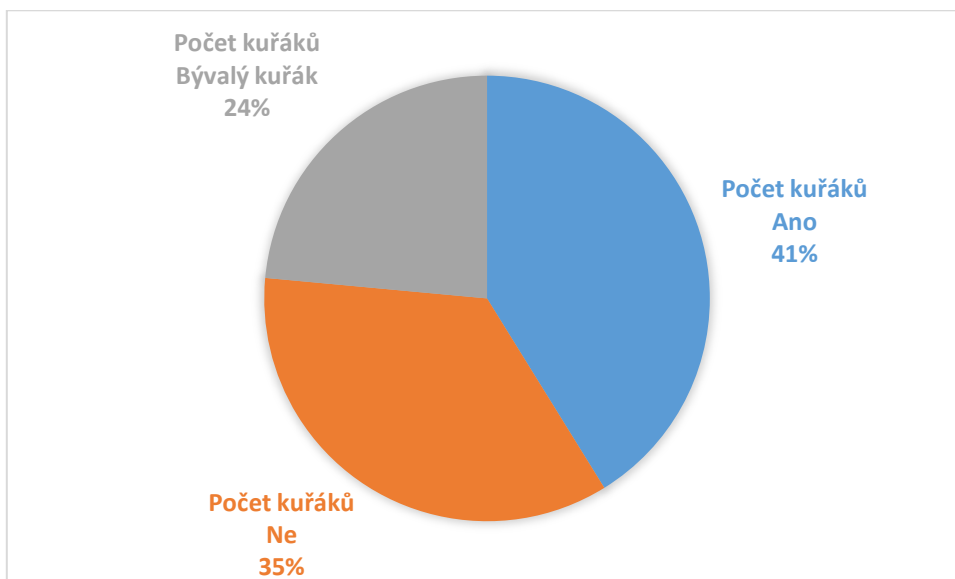
Otázka číslo 12: Které využíváte služby sociální pomoci?



Obrázek 10: Využívané služby sociální pomoci

Dvanáctá otázka zjišťovala, zda respondenti využívají služby sociální pomoci. Pokud ano, které služby sociální pomoci konkrétně využívají. Otázka byla hodnocena všemi 34 respondenty (100 %). Většina respondentů služby sociální pomoci nevyužívá, tato možnost byla označena celkem v 25 odpovědích (73 %). V péči charity jsou celkem 4 dotázaní (12 %). Celkem 3 respondenti využívají služeb agentury domácí péče (9 %). Péči zajištěnou v domově důchodců nebo v domě s pečovatelskou službou mají 2 dotázaní (6 %). Možnosti „jiné“ nevyužil žádný respondent (0 %).

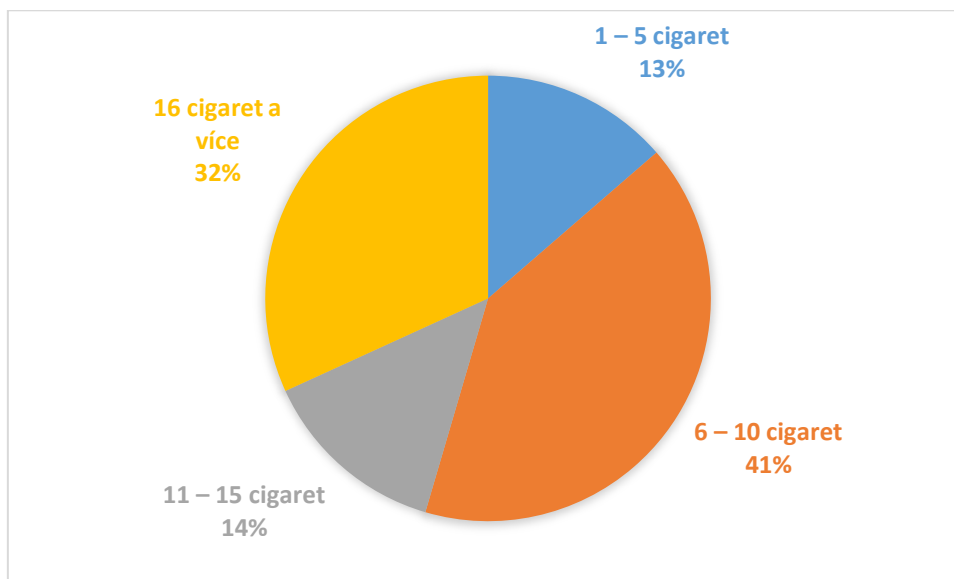
Otázka číslo 13: Jste kuřák?



Obrázek 11: Počet kuřáků

Otázka číslo 13 se zabývala počtem kuřáků u této specificky vybrané skupiny nemocných. Z celkového počtu 34 respondentů (100 %) činil počet současných kuřáků 14 (41 %). Za nekuřáky se označilo 12 respondentů (35 %). Bývalých kuřáků je celkem 8 ze všech dotázaných (24 %).

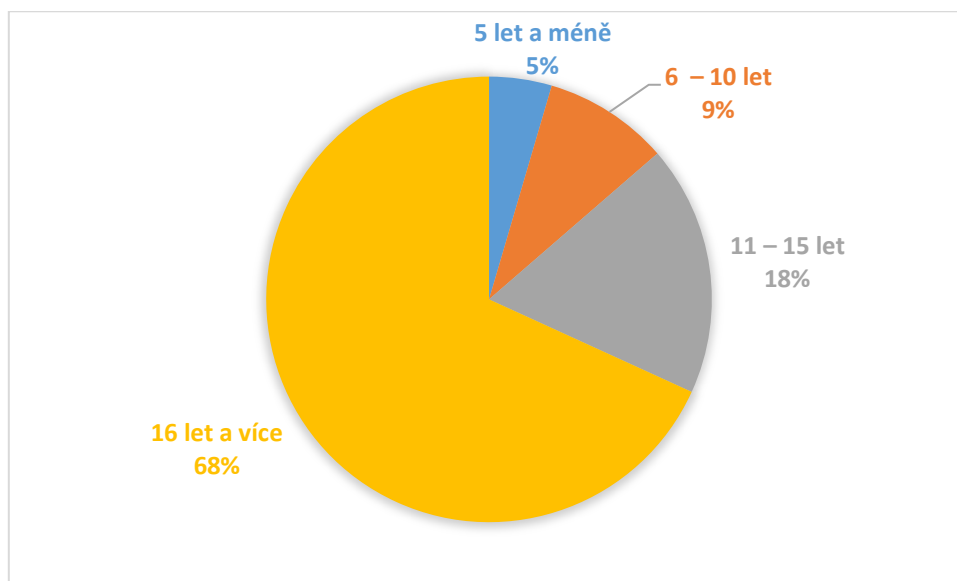
Otázka číslo 14: Jaké množství cigaret za den vykouříte / jste vykouřil?



Obrázek 12: Počet vykouřených cigaret

Na otázku číslo 14 odpovídali jen současní nebo bývalí kuřáci. Bylo zde zjišťováno množství vykouřených cigaret. Z celkového počtu 34 respondentů (100 %) je současných i bývalých kuřáků 22 (65 %). Nejčastější počet vykouřených cigaret činí 6 - 10, a to celkem u 9 respondentů (41 %). Dalším nejčastějším počtem vykouřených cigaret bylo 16 a více, celkem v 7 případech (32 %). Další 3 dotázaní (14 %) označili jako počet vykouřených cigaret 1 - 5. Poslední skupinu tvořili celkem 3 respondenti (14 %). Ti označili počet vykouřených cigaret v rozmezí od 11 do 15.

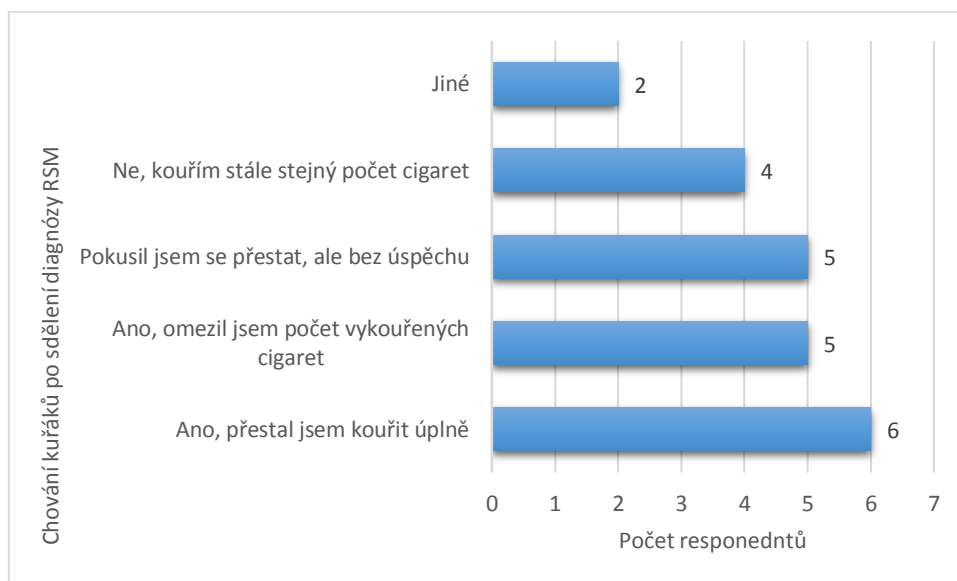
Otázka číslo 15: Jak dlouho kouříte / jste kouřil?



Obrázek 13: Jak dlouho kouříte?

Otázka číslo 16 měla za úkol zjistit, jak dlouho respondenti kouří nebo v minulosti kouřili. Tuto otázku hodnotilo 22 dotázaných. Největší skupinu tvoří kuřáci, kteří kouří či kouřili 16 let a více, celkem takto odpovědělo celkem 15 respondentů (68 %). Další skupinu tvoří dotázaní, kteří kouří nebo kouřili 11 - 15 let. Tuto možnost označili 4 dotázaní (18 %). Celkem 2 respondenti (9 %) odpověděli, že kouří nebo v minulosti kouřili 6 - 10 let. Jen 1 dotázaný (5 %) kouří nebo dřív kouřil 5 let a méně.

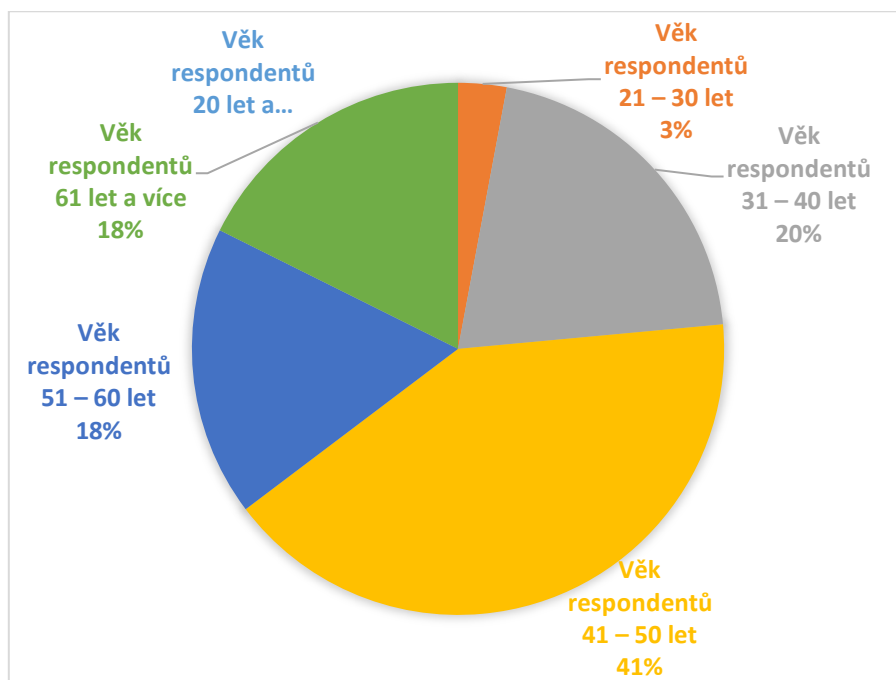
Otázka číslo 16: Bylo sdělení diagnózy roztroušené sklerózy mozkomíšní důvodem k ukončení nebo k omezení kouření?



Obrázek 14: Přestal jste po sdělení diagnózy RSM kouřit?

V 17. otázce udávali respondenti, zda se změnil jejich postoj ke kouření po sdělení diagnózy RSM. Celkem 6 respondentů (27 %) po sdělení diagnózy RSM přestalo kouřit. Dalších 5 dotázaných (23 %) omezilo počet vykouřených cigaret. Stejně tak i dalších 5 (23 %) mělo snahu přestat kouřit, ovšem bez úspěchu. Další 4 dotázaní (18 %) neomezili vůbec počet vykouřených cigaret. Možnost „jiné“ využili celkem 2 respondenti (9 %). Oba se shodli na tom, že hlavním důvodem k tomu, aby přestali kouřit, byly spíše finanční důvody.

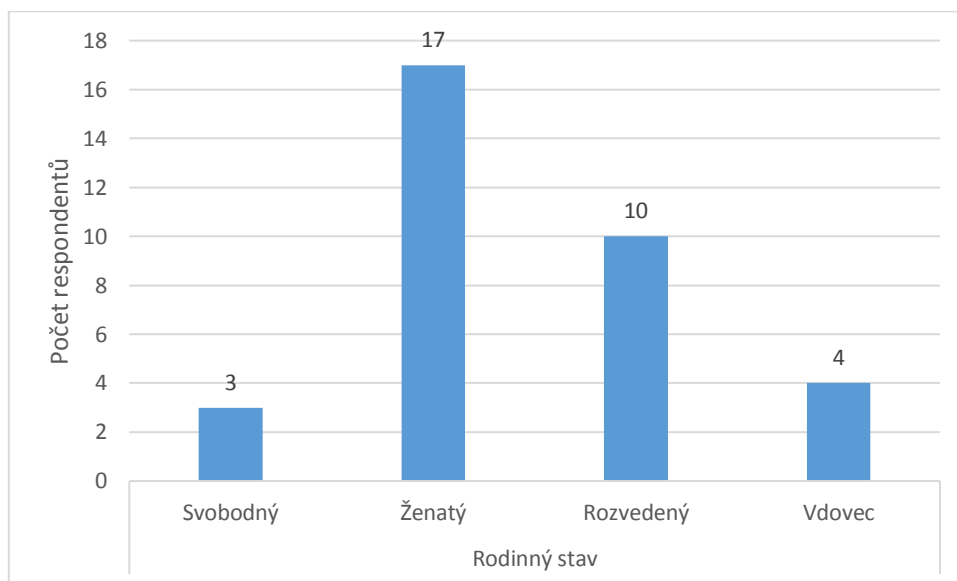
Otázka číslo 17: Jaký je Váš věk?



Obrázek 15: Věk respondentů

Otázka číslo 18 sloužila ke zjištění věku respondentů. Celkem hodnotilo tuto otázku 34 respondentů (100 %). Největší skupinu respondentů tvořili muži ve věku 41 - 50 let, celkem tuto odpověď označilo 14 respondentů (41 %). Mužů ve věku 31 - 40 let bylo celkem 7 (20 %). Věkovou skupinu 51 - 60 let tvořilo celkem 6 respondentů (18 %). Stejný počet dotázaných (18 %) tvořilo skupinu 61 let a více. Ve věku 21 - 30 let byl 1 respondent (3 %). Ve věku 20 let a méně nebyl žádný respondent (0 %).

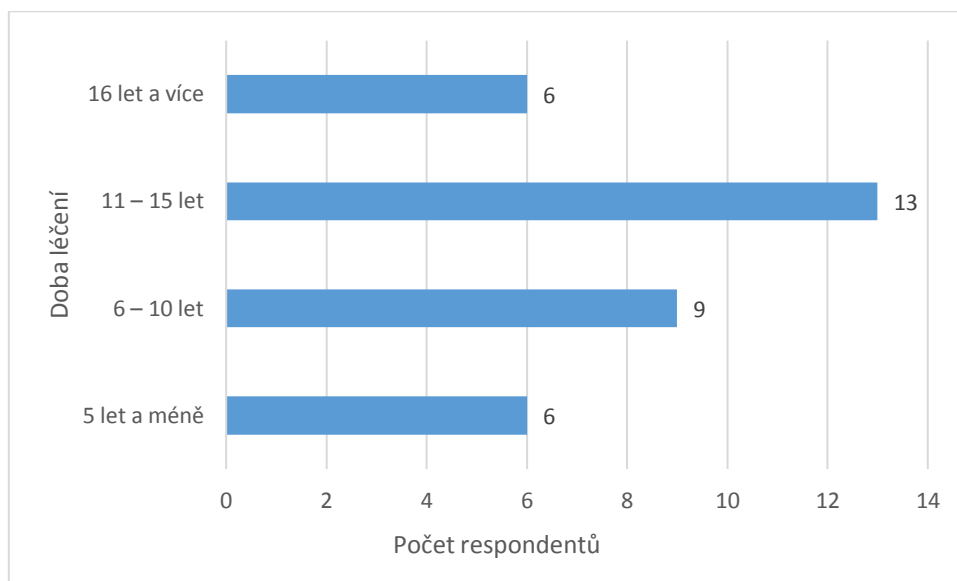
Otázka číslo 18: Jaký je Váš rodinný stav?



Obrázek 16: Rodinný stav respondentů

V otázce číslo 19 byl zjišťován rodinný stav respondentů. Z celkového počtu 34 respondentů (100 %) jsou zastoupeni ti, kteří jsou ženatí. Celkem je v manželském svazku 17 respondentů (50 %). Druhou nejčetnější skupinu tvoří rozvedení, celkem tuto možnost označilo 10 dotázaných (29 %). Vdovci jsou celkem 4 z celkového počtu účastníků výzkumu (12 %). Jako svobodný označili svůj rodinný stav 3 dotázaní (9 %).

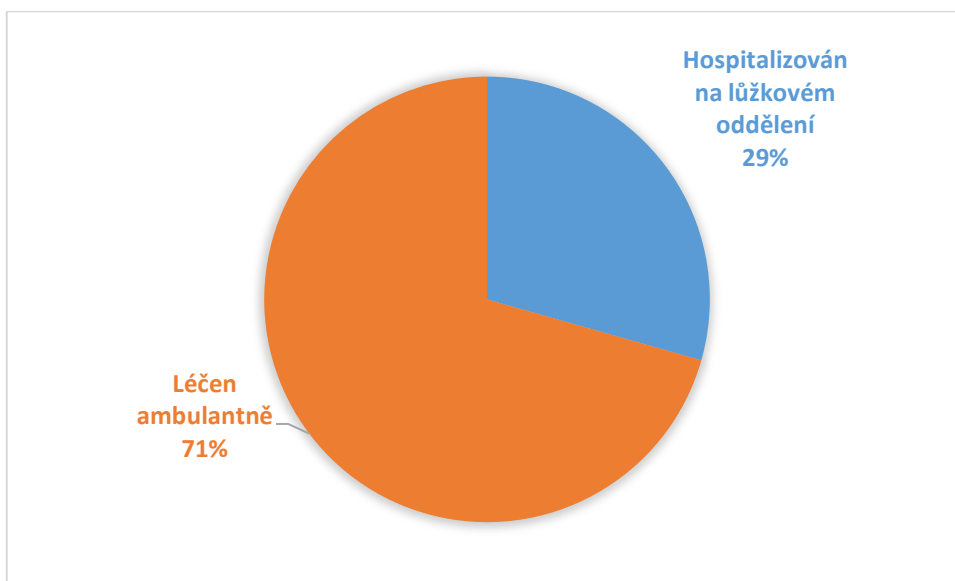
Otázka číslo 19: Jak dlouho se léčíte s roztroušenou sklerózou mozkomíšní?



Obrázek 17: Jak dlouho se léčí respondenti s RSM

V devatenácté otázce respondenti sdělovali, jak dlouho se s RSM léčí. Z celkového počtu 34 respondentů (100 %) jako dobu léčení s RSM 5 let a méně označilo celkem 6 dotázaných (18 %). Délku léčení s touto nemocí v rozmezí 6 - 10 let udalo 9 respondentů (26 %). Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo období léčení 11 - 15 let, celkem v 13 případech (38 %). Léčbu s RSM 16 let a více prodělalo celkem 6 respondentů (18 %).

Otázka číslo 20: V tento okamžik (při vyplňování dotazníku) jste:



Obrázek 18: Počet hospitalizovaných a ambulantně léčených respondentů

V poslední otázce číslo 20 respondenti označili, zda jsou momentálně léčeni ambulantně nebo jsou hospitalizováni na lůžkovém oddělení. Větší část respondentů byla v době vyplňování dotazníku v ambulantní péči, celkem 24 respondentů (71 %). Zbývajících 10 dotázaných (29 %) bylo v momentě, kdy vyplňovali dotazník hospitalizováni na lůžkovém oddělení.

7 DISKUZE

Diskuze je zaměřena na výzkumné otázky a následně na ně hledá odpovědi vyplývající z dotazníkového šetření. K porovnání získaných dat sloužila bakalářská práce Františka Jílka s názvem Zdravotní problematika u pacientů s diagnózou roztroušená skleróza mozkomíšní vytvořená v roce 2015 na Pedagogické fakultě a Katedře antropologie a zdravovědy Univerzity Palackého v Olomouci (Jílek, 2015). Jeho výzkumný vzorek tvořilo 78 respondentů ženského i mužského pohlaví.

Další prací sloužící k porovnání získaných dat byla bakalářská práce Kristýny Kabelkové s názvem Péče o osoby s roztroušenou sklerózou. Tato bakalářská práce byla vydána v roce 2015 na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice (Kabelková, 2015). Výzkumný vzorek tvořilo 30 respondentů ženského i mužského pohlaví.

Poslední práce, která sloužila k porovnání získaných výsledků, byla bakalářská práce Ludmily Hrubé na téma Roztroušená skleróza a její vliv na jedince. Práce byla vydána v roce 2011 na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Hrubá, 2011). Údaje byly získány od 10 respondentů formou kazuistik.

Problematikou zaměstnání u osob s roztroušenou sklerózou mozkomíšní se zabývali ve svém výzkumu Ing. Mezerová, MUDr. Meluzínová a Ing. Poušek (Mezerová a kol., 2014). Své výsledky publikovali v roce 2013 v časopise Neurologie pro praxi v článku s názvem Kvalita života u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní. U výzkumného vzorku 199 respondentů se zaměřili na pracovní život.

Výzkumná otázka číslo 1: Jaká je v současnosti míra nezávislosti respondentů při běžných denních činnostech?

Této výzkumné otázce se týkají v dotazníku otázky číslo 9, 10, 11, 12, 17 a 18.

Na nezávislost respondentů při běžných denních činnostech byla přímo zaměřena otázka číslo 10. Respondenti v tabulce zakroužkovali svou míru soběstačnosti v daných denních činnostech. Tabulka byla sestavena na podkladě Barthelova testu základních lidských činností (příloha C). Z výsledků je patrné, že více než 50 % respondentů je plně soběstačných při všech běžných denních činnostech. Těmto výsledkům odpovídají i to, že v otázce číslo 11 polovina respondentů označila, že nevyužívají při pohybu žádné kompenzační pomůcky (50 % všech respondentů). To může být dáno tím, že nejfrekventovanější věkovou skupinou byli

muži ve věku od 41 do 50 let (41 % všech respondentů). Dalším faktorem, který může hrát roli v tom, že většina respondentů je plně soběstačných, je doba léčení s RSM, ta se nejčastěji pohybovala od 11 do 15 let (38 % všech respondentů). Soběstačnost nemocných byla dána dobrým zdravotním stavem, a to díky stále rychlejšímu rozvoji diagnostiky a stále se zlepšujícím možnostem léčby.

Pocit nezávislosti může potvrdit i to, zda je muž schopen finančně zabezpečit rodinu. Proto byla vytvořena otázka číslo 9, kde respondenti označili své pracovní uplatnění. Největší skupinu tvořili muži, kteří jsou zaměstnaní na plný úvazek (32 % z celkového počtu respondentů). To může být opět dáno tím, že největší skupinu tvoří muži ve věku od 41 do 52 let (41 % všech respondentů). Mezerová a kol. (2013) ve svém výzkumu uvádějí, že subjektivní kvalita pracovního života (SQWL) u osob s roztroušenou sklerózou mozkomíšni samostatně výdělečně činných je stejná jako u zdravé populace. Vyšší index SQWL je u osob s RSM zaměstnaných na plný nebo částečný úvazek. Jedním z možných důvodů této skutečnosti je, že nemocní s RSM si možnosti zaměstnání cení více, než zdravá populace. Mezi bariéry při hledání práce patří únava osob s RSM. Další bariérou je stres, který při hledání zaměstnání vzniká a může tak následně způsobit zhoršení zdravotního stavu u nemocných s RSM. Bohužel i v současné době existují předsudky ze strany zaměstnavatele o RSM, proto hodně nemocných před svým zaměstnavatelem svou nemoc tají nebo se přiznají až po určité době.

Otázka číslo 12 měla za úkol zjistit, zda respondenti využívají služby sociální pomoci. Pokud ano, o jaké služby se jedná. Z výsledků vyplývá, že naprostá většina respondentů (73 %) těchto služeb nevyužívá. Kabelková (2015) ve svém výzkumu udávala za nejčastější sociální status invalidní důchodce (80 %) a jako bytové podmínky byly označeny nejčastěji sociální nebo zdravotnické zařízení (87 %). Tento fakt je jistě dán věkovým průměrem respondentů, který byl v jejím výzkumu v rozmezí 61 – 70 let.

Otázka číslo 18 byla zaměřena na rodinný stav respondentů. V mém výzkumu byl nejčastěji udávaný rodinný stav ženatý (50 % všech respondentů). Také ve výzkumu Kabelkové byl nejčastější udávaný rodinný stav respondentů ženatý/vdaná u 40 % všech respondentů (Kabelková, 2015).

Výzkumná otázka číslo 2: Jak jsou respondenti spokojeni s podanými informacemi o roztroušené skleróze mozkomíšni a odkud tyto informace čerpají?

Této výzkumné otázce jsou věnovány v dotazníku otázky číslo 7 a 8.

Otázka číslo 7 se zabývá zdrojem informací o roztroušené skleróze mozkomíšní. Téměř polovina respondentů čerpala nejčastěji informace o RSM od neurologa (44 % všech dotázaných). Jako druhý nejčastější zdroj byl udáván internet (32 %). Otázka číslo 8 zjišťovala kvalitu získaných informací o roztroušené skleróze mozkomíšní. Nejčastěji hodnotili respondenti podané informace jako velmi dobré (41 %), dále pak jako dobré (32 %).

Ve svém výzkumu Hrubá předpokládala, že nemocní čerpali v současné době informace o RSM převážně z internetu. Z jejího výzkumu je patrné, že část dotázaných sice využívá internet jako zdroj informací, avšak nejedná se ani o polovinu dotázaných (30 %). Zbytek dotázaných čerpal informace od lékařů (30 %) nebo z odborných knih a časopisů (40 %) (Hrubá, 2011).

Výzkumná otázka číslo 3: Jaká je spokojenost respondentů s kvalitou svého života a v jakých oblastech života jsou respondenti naopak nespokojeni?

K hodnocení kvality života se vztahují otázky v dotazníku číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 19.

V otázce číslo 1 byl hodnocen aktuální zdravotní stav. Nejčastěji hodnotili respondenti svůj aktuální zdravotní stav jako dobrý (38 %) a následně jako ani dobrý, ani špatný (32 %). V otázce číslo 2 srovnávají respondenti svůj aktuální zdravotní stav s minulým rokem. Nejčastěji viděli dotázaní svůj momentální zdravotní stav v porovnání s minulým rokem jako ani lepší, ani horší (38 %). I když se na první pohled zdá, že otázky 1 a 2 jsou v podstatě totožné, nemocní s RSM vědí, že i v rozmezí kratší než jeden rok může ataka nemoci změnit zcela zdravotní stav.

Kvalita života u nemocných s RSM je negativně ovlivněna fyzickými obtížemi a únavou (Mezerová a kol., 2014). V otázce číslo 3 byly zjišťovány první projevy RSM. Jako první projevy RSM nejčastěji označili respondenti poruchu citlivosti končetin (44 %), poruchu zraku (20 %) a zvýšenou únavu (15 %). Ve čtvrté otázce udávali dotázaní své aktuální obtíže, které přímo souvisí s RSM. Mezi nejčastěji označené zdravotní obtíže patřila porucha citlivosti končetin (44 %), poté porucha zraku (20 %), zvýšená únava (15 %) a porucha zraku (16 %). Je tedy patrné, že první projevy RSM jsou totožné s těmi, které obtěžují nemocné v současné době. Ve své bakalářské práci řadí Jílek mezi nejčastější zdravotní obtíže v souvislosti s RSM především zrakové obtíže (51 %), únavu (38 %) a obtíže s chůzí (35 %) (Jílek, 2015).

Zda musí být nemocný hospitalizovaný, také ovlivňuje kvalitu života. V roce 2015 činil počet dnů hospitalizace u mužů s RSM v průměru 6,8 dne (ÚZIS, 2016). V páté otázce proto byl zjišťován počet hospitalizací v průběhu roku. Jednou ročně bylo hospitalizováno 44 %

respondentů, dvakrát ročně 38 % všech dotázaných. Žádnou hospitalizaci nemuselo podstoupit 12 % respondentů.

V otázce číslo 6 měli respondenti možnost subjektivně ohodnotit kvalitu života a další součásti života, které s kvalitou úzce souvisí. Jako nejhorší z nabízených možností hodnotili respondenti svůj fyzický stav a energii, vitalitu. Naopak jako nejlepší byla hodnocena shodně kvalita života, psychický stav, zaměstnání a společenský život.

Kvalitu života jistě ovlivňuje i to, jak dlouho se léčí nemocný s RSM. Nejčastější doba léčení s RSM byla v tomto výzkumu doba 11 – 15 let (38 %). Ve výzkumu Kabelkové byla nejčastější délka trvání nemoci udávaná v rozmezí 21 - 30 let (53 %) (Kabelková, 2015). Tento rozdíl byl jistě dán rozdílným věkovým průměrem respondentů v obou výzkumech.

Výzkumná otázka číslo 4: Je pro respondenty sdělení diagnózy RSM důvodem, proč přestat kouřit, nebo i nadále pokračují v tomto zlovyku?

Této výzkumné otázce jsou věnovány v dotazníku otázky číslo 13, 14, 15 a 16.

V otázce číslo 13 byl zjišťován počet současných i bývalých kuřáků, z nichž celkový počet činil 22 kuřáků i exkuřáků (65 % všech respondentů). Z toho bylo současných kuřáků 41 % všech dotázaných. Autor Jílek se ve své bakalářské práci také zajímal o kuřáctví mezi lidmi s diagnózou RSM. Jeho výzkumu se zúčastnilo 78 respondentů ženského i mužského pohlaví. Počet kuřáků zde činil 32 respondentů, což odpovídalo 41 % celkového počtu dotázaných (Jílek, 2015). Z obou výzkumů je zřejmé, že počet kuřáků u nemocných s RSM tvoří téměř polovinu všech nemocných.

Havrdová udává, že počet nově diagnostikovaných nemocných s RSM je dvojnásobný právě u kuřáků, ale i u lidí, kteří jsou vystaveni cigaretovému kouři (Havrdová, 2015, s. 15). Procentuální zastoupení kuřáků v ČR v roce 2015 činilo 24,1 % celkové populace (Sovínová, 2016). Z výsledků výzkumu mého i autora Jílka je patrné, že u obou výzkumů tvoří počet kuřáků u nemocných s RSM shodně 41 %. Z toho vyplývá, že u nemocných s RSM je počet kuřáků téměř dvojnásobný v porovnání s celkovou populací ČR.

Následující otázky číslo 14, 15 a 16 vyplňovali již jen kuřáci současní nebo bývalí.

Naprostá většina všech kuřáků s diagnózou RSM měla snahu omezit nebo úplně skoncovat s tímto zlovykem. Celkem 27 % respondentů skončilo s kouřením po sdělení diagnózy RSM. Dalších 23 % dotázaných alespoň omezilo počet vykouřených cigaret. I dalších 23 % respondentů mělo snahu skončit s tímto zlovykem, avšak v tomto případě bez úspěchu.

I dalších 9 % respondentů skončovalo s kouřením, avšak zde byly hlavním důvodem finance. Zbýlých 18 % dotázaných nijak nezměnilo svůj postoj ke kouření.

8 ZÁVĚR

Roztroušená skleróza mozkomíšní se řadí mezi autoimunní neurologické onemocnění. Postihuje především mladé lidi v produktivním věku, nejčastěji mezi 20. a 40. rokem života. Jelikož se jedná o chronické onemocnění, které zatím nelze zcela vyléčit, ovlivňuje zcela jistě kvalitu života nemocných.

Teoretická část práce byla zaměřena na problematiku onemocnění roztroušená skleróza mozkomíšní, byla zde popsána historie onemocnění, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostika a léčba. Druhá část teoretické části byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o nemocné s roztroušenou sklerózou mozkomíšní. Poslední část byla věnována kvalitě života a přestavení nástrojů sloužících k jejímu hodnocení.

Výzkumná část zaměřena na život mužů s diagnózou RSM. Odpovědi na výzkumné otázky byly získány z dotazníkového šetření, které probíhalo v nemocnici okresního typu Olomouckého kraje. Výzkumný vzorek tvořilo 34 respondentů. Jelikož počet mužů s RSM tvoří jen 30 % všech nemocných s touto chorobou, jednalo se o velice specifický výzkumný vzorek a problémem bylo získat větší počet respondentů. V dalších výzkumech by bylo vhodné získat výzkumný vzorek s vyšším počtem respondentů.

Hlavním cílem této práce bylo zjištění, jak hodnotí respondenti svou kvalitu života. Samozřejmě se jedná o subjektivní hodnocení, které je ovlivněno i tím, jaký mají dotázaní náhled na svůj život. Kvalitu života ovlivňuje i to, jaké zdravotní obtíže trápí nemocné s RSM, jakou formou nemoci nemocní trpí nebo jaká je míra soběstačnosti jedince. Tohoto výzkumu se účastnili nejvíce plně soběstační nemocní, což může z určité části být dáno i věkovým průměrem, který se pohyboval od 41 do 50 let. Z výsledků výzkumné části je patrné, že nejvíce jsou nemocní nespokojeni se svým zdravotním stavem a s energií. Pro mladého aktivního člověka musí být obtížné vyrovnat se se zdravotními obtížemi.

Dále výzkum potvrdil, že svou roli hraje u nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšní i kouření. Jedná se o jeden z rizikových faktorů, které přispívají k rozvoji roztroušené sklerózy mozkomíšní. Je patrné, že u účastníků výzkumu je počet kuřáků dvojnásobný než u běžné populace.

Jako přínos pro praxi byla vytvořena informační brožura, která je určena především nově diagnostikovaným nemocným s RSM. Je zde stručně popsáno toto onemocnění, doporučená životospráva a užitečné odkazy, kde mohou nemocní najít bližší informace o této nemoci.

9 POUŽITÁ LITERATURA

- BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ.** *Výzkum a ošetrovatelství. 2. přeprac. a dopl. vyd.* Brno: NCO NZO, 2008, 185 s. ISBN 978–7013–467–2.
- BERLIT, Peter.** *Memorix neurologie.* 4. vyd. Praha: Grada, 2007, 464 s. ISBN 978–80–247–1915–3.
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ.** *Ošetrovatelská péče pro obor ošetrovatel 2. díl.* 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 232 s. ISBN 978–80–247–5334–8.
- DRUGA, Rastislav, Miloš GRIM a Petr DUBOVÝ.** *Anatomie centrálního nervového systému.* 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 219 s. ISBN 978-80-7262-706-6.
- FERDA, Jiří et al.** *Inovativní zobrazovací metody.* 1.vyd. Praha: Galén, 2015, 140 s. ISBN 978–80–7492–186–5.
- GURKOVÁ, Elena.** *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978–80–247–3625–9.
- HALMO, Renata.** *Sebepéče v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 232 s. ISBN 978–80–247–4811–5.
- HAVRDOVÁ, Eva et al.** *Roztroušená skleróza v praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 161 s. ISBN 978–80–7492–189–6.
- HAVRDOVÁ, Eva a kol.** *Roztroušená skleróza.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 485 s. ISBN 978–80–204–3154–7.
- HRUBÁ, Ludmila.** *Roztroušená skleróza a její vliv na jedince a na jeho okolí.* České Budějovice, 2011. 69 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce MUDr. Drahoslava Tišlerová.
- JÍLEK, František.** *Zdravotní problematika u pacientů s diagnózou roztroušená skleróza mozkomíšní.* Olomouc, 2015. 68 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce Mgr. Zbořilová Ludmila.
- JOINT COMMISSOON RESOURCES.** *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

KABELKOVÁ, Kristýna. *Péče o osoby s roztroušenou sklerózou.* Pardubice, 2015. 57 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Macková Marie, PhD.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978–80–7367–568–4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978–80–247–2713–4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 164 s. ISBN 978–80–247–2069–2.

LIŠKOVÁ, Petra, Jana LIBERTÍNOVÁ a Eva MELUZÍNOVÁ. Zkušenosti s terapií alemtuzumabem v klinické praxi. *Neurologie pro praxi* [online]. 2016, 17 (3) [cit. 1. 8. 2016]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/03/13.pdf>. ISSN 1803-5280.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 192 s. ISBN 978–80–247–5376–8.

MELUZÍNOVÁ, Eva. Současné možnosti léčby roztroušené sklerózy. *Neurologia pre prax* [online]. 2010, 11 (5), 303 – 307. Dostupné z: http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4698&magazine_id=3 ISSN 1339 – 4223.

MEZEROVÁ, Veronika, Eva MELUZÍNOVÁ a Lubomír POUŠEK. Kvalita života u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšni. *Neurologie pro praxi* [online]. 2014, 15 (2) [cit. 10. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/02/11.pdf>. ISSN 1803–5280.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů.* 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 96 s. ISBN 978–80–247–2043–2.

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

OREL, Miroslav a kol. *Somatopatologie: Nauka o nemocech těla.* 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 192 s. ISBN 978–80–247–4714–9.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 352 s. ISBN 978–80–247–1135–5.

PÍŤHA, Jiří. Chyby a omyly v diagnostice roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi* [online]. 2015, 16 (3), 144 – 147. [cit. 26. 5. 2015]. Dostupné z:

<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2015/03/07.pdf>. ISSN 1803-5280.

ROKYTA, Richard a kol. *Léčba bolesti ve stáří*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2012, 103 s. ISBN 978–80–204–2662–8.

ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978–80–247–3012–7.

ŘASOVÁ, Kamila. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšni)*. 1. vyd. Ceros: Praha, 2007, 135 s. ISBN 978–80–239–9300–4.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2015, 384 s. ISBN 978–80–247–5247–1.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978–80–247–3507–8.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014, 232 s. ISBN 978–80–247–4868–9.

SOVINOVOVÁ Hana a Ladislav CSÉMY. Užívání tabáku v České republice 2015, *Státní zdravotní ústav*, 2016, 4 – 6. [online]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku2015.pdf.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978–80–247–3223–7.

ŠPINAR, Jindřich a kol. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 256 s. ISBN 978–80–247–1749–4.

VYJTEČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I / Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 232 s. ISBN 978–80–247–3419–4.

ÚZIS ČR [online]. *Činnost v oboru neurologie v Olomouckém kraji 2013* [cit. 8. 12. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-neurologie-olomouckem-kraji-roce-2013>.

ÚZIS ČR. [online]. *Zdravotnická ročenka České republiky 2015* [cit. 2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/archiv-rocniku/rok/2015/Rocenky>. ISSN 1210–9991.

10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Porovnání výskytu úzkostných poruch u nemocných s RSM a u běžné populace</i>	68
Příloha B – <i>Funkční výpadky u RS (Kurtzkeho stupnice)</i>	69
Příloha C – <i>Barthelové test základních lidských činností</i>	70
Příloha D – <i>Dotazník</i>	71
Příloha E – <i>Informační brožura pro pacienty s RSM</i>	76

Příloha A – Porovnání výskytu úzkostných poruch u nemocných s RSM a u běžné populace

Výskyt úzkostných poruch u nemocných s RSM a u běžné populace

Úzkostná porucha	Nemocní s RSM	Běžná populace
Generalizovaná úzkostná porucha	18,6 %	5,1 %
Panická porucha	10,0 %	3,5 %
Obsedantně – kompulzivní porucha	8,6 %	2,5 %
Sociální fobie	7,8 %	13,3 %

(Havrdová, 2013, s. 133)

Příloha B – *Funkční výpady u RS (Kurtzkeho stupnice)*

0. Normální nález
1. Funkčně bezvýznamné neurologické odchylky od normálu
2. Nepatrné poruchy, např. lehká spasticita nebo paraparéza
3. Středně těžké poruchy, např. monoparézy, lehké hemiparézy, mírná ataxie, mírné poruchy měchýře, oční poruchy, kombinace více lehčích poruch
4. Poruchy, které omezují pracovní schopnost a normální způsob života, ale nečiní jej nemožným
5. Úplná neschopnost práce, maximální délka rozsahu chůze bez pomoci asi 500 m
6. Krátké úseky chůze jen s holí, berlemi nebo podpůrnými aparáty
7. Pacient na kolečkovém křesle, může však na něj nastoupit a pohybovat se bez cizí pomoci
8. Ležící pacient, avšak se zachovalou funkcí rukou
9. Ležící pacient, zcela bezmocný
10. Smrt způsobená RS

(Berlit, 2007, s. 376)

Příloha C – Barthelové test základních lidských činností

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin / Feeding	0 – neprovede 5 – potřebuje pomoci (nakrájet, rozetřít máslo atd.), nebo vyžaduje úpravu jídla 10 – samostatně	
2.	Koupání / Bathing	0 – závislý 5 – nezávislý (nebo ve sprše)	
3.	Osobní hygiena / Grooming	0 – potřebuje pomoc s osobní péčí 5 – nezávislý (obličej/zuby/holení) s používáním pomůcek	
4.	Oblékání / Dressing	0 – závislý 5 – potřebuje pomoc, ale může udělat kolem poloviny úkonů bez pomoci 10 – nezávislý (včetně zapínání knoflíků, zipů, tkaniček)	
5.	Vyprazdňování stolice / Bowels	0 – inkontinentní (nebo potřebuje klyzma) 5 – občasná inkontinence 10 – plně kontinentní	
6.	Vyprazdňování moči / Bladder	0 – inkontinentní nebo katetrizován a není schopen to zvládnout sám 5 – občasná inkontinence 10 – plně kontinentní	
7.	Používání toalety / Toilet use	0 – závislý 5 – potřebuje nějakou pomoc, ale něco může udělat sám 10 – nezávislý (včetně obléknutí se a použití toaletního papíru)	

(Mastiliaková, 2014, s. 55)

DOTAZNÍK

Vážený pane,

Jmenuji se Jarmila Matoušková, jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice – Fakulty zdravotnických studií, oboru Všeobecná sestra. Dovolte, abych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na hodnocení kvality života u mužů s diagnózou roztroušená skleróza mozkomíšní. Dotazník je zcela anonymní a zjištěné údaje budou sloužit pouze ke tvorbě mé závěrečné bakalářské práce na téma „Život mužů s diagnózou roztroušená skleróza mozkomíšní“. Své odpovědi prosím kroužkujte, vyberte vždy jednu nabízenou možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti, pokud není uvedeno jinak. V některých otázkách je možnost odpověď vypsat. Vyplněný dotazník vložte do příložené obálky.

Velice Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

1) Jak hodnotíte Váš aktuální zdravotní stav?

- a) Velmi dobrý
- b) Dobrý
- c) Ani dobrý, ani špatný
- d) Špatný
- e) Velmi špatný

2) Jak hodnotíte svůj aktuální zdravotní stav ve srovnání s minulým rokem?

- a) Výrazně lepší
- b) Lepší
- c) Ani lepší, ani horší
- d) Horší
- e) Výrazně horší

3) Jak se u Vás projevila roztroušená skleróza mozkomíšní?

(Můžete označit více než jednu odpověď)

- a) Porucha citlivosti končetin (snížená nebo zvýšená citlivost, mravenčení,...)
- b) Porucha hybnosti končetin
- c) Porucha zraku (mlhavé vidění, výpadek zorného pole, porucha barevného vidění,...)
- d) Porucha řeči
- e) Zvýšená únava
- f) Jiné (vypište prosím).....

4) Jaké máte v současné době problémy v souvislosti s roztroušenou sklerózou mozkomíšní?

(Můžete označit více než jednu odpověď)

- a) Porucha citlivosti končetin (snížená nebo zvýšená citlivost, mravenčení,...)

- b) Porucha hybnosti končetin
- c) Porucha zraku (mlhavé vidění, výpadek zorného pole, porucha barevného vidění,...)
- d) Porucha řeči
- e) Zvýšená únava
- f) Jiné (vypište prosím).....

5) Kolikrát za rok jste hospitalizován v souvislosti s roztroušenou sklerózou mozkomíšní?

- a) 1x ročně
- b) 2x ročně
- c) 3x ročně
- d) 4x ročně a vícekrát
- e) Bez hospitalizace

6) V následující tabulce jsou zaznamenány různé součásti života. V každém řádku označte kroužkem jednu odpověď, která nejvíce odpovídá skutečnosti.

(Pokud nejste zaměstnaný, nevyplňujte část o zaměstnání)

	Velmi dobrý	Dobry	Ani dobrý, ani špatný	Špatný	Velmi špatný
Kvalita života	1	2	3	4	5
Fyzický stav	1	2	3	4	5
Psychický stav	1	2	3	4	5
Rodinný život	1	2	3	4	5
Zaměstnání	1	2	3	4	5
Společenský život	1	2	3	4	5
Energie, vitalita	1	2	3	4	5

7) Odkud čerpáte převážně informace o roztroušené skleróze mozkomíšní?

- a) Od praktického lékaře
- b) Od neurologa
- c) Od nelékařského zdravotnického personálu (např. zdravotní sestra, zdravotnický asistent)
- d) Z internetu
- e) Z odborných knih a časopisů
- f) Jiné zdroje (prosím vypište).....

8) Jak hodnotíte kvalitu informací o roztroušené skleróze mozkomíšní, které Vám byly sděleny ve zdravotnickém zařízení?

- a) Výborná
- b) Velmi dobrá
- c) Dobrá
- d) Špatná

e) Nedostatečná

9) Jaké je v současné době Vaše pracovní uplatnění?

- a) Zaměstnán na plný úvazek
- b) Zaměstnán na částečný úvazek
- c) Nezaměstnaný
- d) Plný invalidní důchod
- e) Částečný invalidní důchod
- f) Starobní důchod
- g) Jiné (prosím vypište).....

10) Tato část dotazníku je zaměřena na soběstačnost. Zakroužkujte prosím, jaká je Vaše míra soběstačnosti v daných úkonech každodenního života.

	Nezávislý, plně soběstačný	Soběstačný s pomocí kompenzačních pomůcek (francouzská hůl, sedák do vany, madlo,...)	Lehká závislost na pomoci druhé osoby	Výrazná závislost na dopomoci druhé osoby	Úplná závislost na pomoci druhé osoby
Příjem stravy a tekutin	1	2	3	4	5
Oblékání	1	2	3	4	5
Osobní hygiena	1	2	3	4	5
Použití WC	1	2	3	4	5
Přesun na lůžko	1	2	3	4	5
Chůze po rovině	1	2	3	4	5
Chůze po schodech	1	2	3	4	5

11) Které kompenzační pomůcky používáte při pohybu?

- a) Francouzská hůl / francouzské hole
- b) Vycházková hůl
- c) Trekingové hole
- d) Invalidní vozík
- e) Nepoužívám žádné kompenzační pomůcky

12) Které využíváte služby sociální pomoci?

- a) Agentura domácí péče
- b) Charita
- c) Domov důchodců, dům s pečovatelskou službou
- d) Jiné (vypište prosím).....
- e) Nevyužívám těchto služeb

13) Jste kuřák

- a) Ano
- b) Ne
- c) Bývalý kuřák

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl ano, nebo pokud jste bývalý kuřák, vyplňte prosím i následující 3 otázky (otázky č. 14, 15, 16).

14) Jaké množství cigaret za den vykouříte / jste vykouřil?

- a) 1 – 5 cigaret
- b) 6 – 10 cigaret
- c) 11 – 15 cigaret
- d) 16 cigaret a více

15) Jak dlouho kouříte / jste kouřil?

- a) 5 let a méně
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 let a více

16) Bylo sdělení diagnózy roztroušená skleróza mozkomíšní důvodem k ukončení nebo k omezení kouření?

- a) Ano, přestal jsem úplně kouřit
- b) Ano, omezil jsem počet vykouřených cigaret
- c) Pokusil jsem se přestat kouřit, ale bez úspěchu
- d) Ne, kouřím stále stejný počet cigaret
- e) Jiné (vypište prosím).....

17) Váš věk:

- a) 20 let a méně
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) 61 let a více

18) Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodný
- b) Ženatý
- c) Rozvedený
- d) Vdovec

19) Jak dlouho se léčíte s roztroušenou sklerózou mozkomíšní?

- a) 5 let a méně
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 let a více

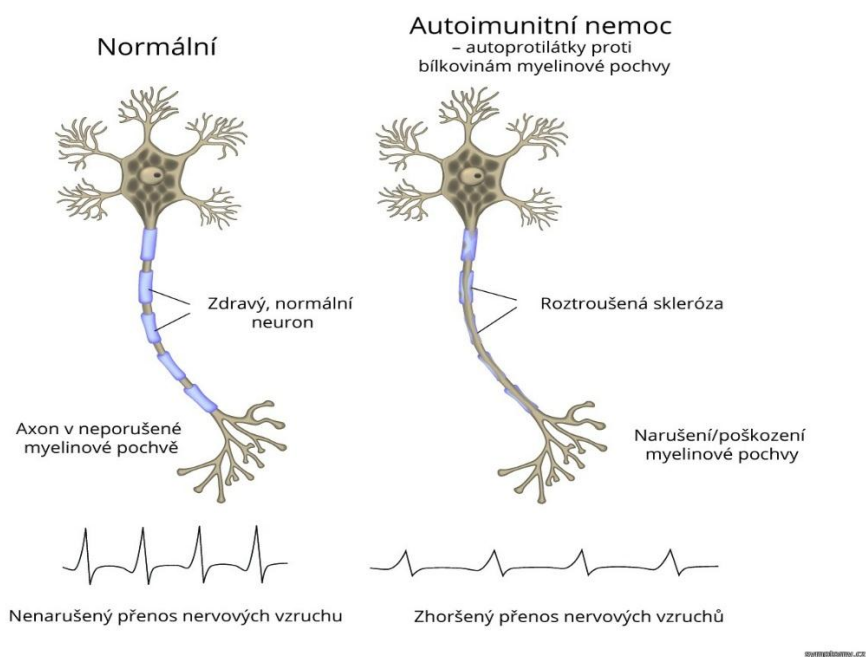
20) V tento okamžik (při vyplňování dotazníku) jste:

- a) Hospitalizován na lůžkovém oddělení
- b) Léčen ambulantně

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ

- ✓ Jedná se o neurologické onemocnění, které postihuje centrální nervový systém (mozek a míchu)
- ✓ Jde o autoimunní onemocnění – imunitní systém přestává bránit organismus nebo jej naopak napadá a poškozuje
- ✓ Častěji jsou postiženy ženy (tvoří 70 % všech nemocných)
- ✓ Postihuje mladé lidi nejčastěji mezi 20. a 40. rokem života
- ✓ V České republice v roce 2013 činil počet nemocných 27 536
- ✓ Příčina onemocnění není známa, vliv na rozvoj onemocnění má kouření, nedostatek vitamínu D a virus Ebsteina-Barrové
- ✓ U žen se nemoc zhoršuje v těhotenství, po porodu nebo během kojení

Roztroušená skleróza mozkomíšní



Obrázek 19: Porovnání normálního neuronu a neuronu zasaženého autoimunitní nemocí

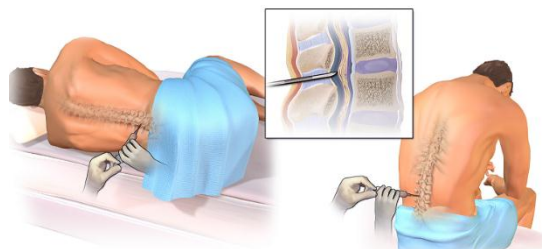
Příznaky

- ✓ Únava
- ✓ Poruchy kožní citlivosti (snížená či zvýšená citlivost, necitlivost)
- ✓ Brnění (pocit mravenčení nejčastěji v konečcích prstů)
- ✓ Porucha zraku (rozmazané vidění, dvojité vidění, výpadek zorného pole)
- ✓ Poruchy hybnosti končetiny (postihuje dolní i horní končetiny)
- ✓ Třes

- ✓ Nejistota při chůzi
- ✓ Poruchy močení (úniky moče nebo ztížené močení)
- ✓ Závratě, motání hlavy
- ✓ Poruchy řeči (zadrhávání, výslovnost, plynulost)
- ✓ Poruchy nálad (deprese x euforie)

Diagnostika

- ✓ Neurologické vyšetření
- ✓ CT vyšetření (počítačová tomografie)
- ✓ MR (magnetická rezonance)
- ✓ Lumbální punkce
- ✓ Evokované potencionály
- ✓ Oční vyšetření



Obrázek 2: Poloha pacienta při lumbální punkci

Léčba

- ✓ V současné době se jedná o nevléčitelné onemocnění, které lze však dostupnou léčbou pozitivně ovlivnit.
- ✓ Při akutní atace nemoci se podávají kortikoidy, které působí protizánětlivě a urychlují zotavení.
- ✓ Dlouhodobá imunomodulační léčba působí proti rozvoji nemoci.

Režimová opatření

- ✓ Nekuřte!!! Kouření je jedním z rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku tohoto onemocnění. Pokud přestanete kouřit, můžete příznivě ovlivnit průběh a aktivitu této nemoci.
- ✓ Přijímejte vyváženou stravu – ovoce, zeleninu, vlákninu, celozrnné produkty, luštěniny, ořechy, ryby, červené a bílé maso, kysané mléčné výrobky.
- ✓ Je vhodné omezit příjem jednoduchých cukrů, bílé mouky, soli, cholesterolu a tuků.
- ✓ Příjem vitamínu D má pozitivní vliv na průběh onemocnění – ve formě kapslí nebo kapek, dále je obsažen v rybím tuku a ve slunečním záření.
- ✓ Vyhněte se zdrojům nákazy, především v období virových epidemií (např. chřipka).
- ✓ Každou infekci je třeba důsledně vyléčit.
- ✓ Vyvarujte se stresu.
- ✓ Je vhodné lehké cvičení k udržení tělesné kondice. Avšak necvičte při akutní atace nemoci.



Obrázek 3: Nekuřte



Obrázek 4: Pestrý jídelníček

Užitečné internetové odkazy

- ✓ www.aktivnizivot.cz
- ✓ www.dumsvatehojosefa.cz
- ✓ www.ereska.eu
- ✓ www.multiplesclerosis.cz
- ✓ www.roska.eu

Pacientské organizace

- ✓ Nadační fond Impulz (www.nfimpulz.cz)
- ✓ Pacientský spolek pro léčbu konopím (www.spolek-kopac.cz)
- ✓ Sdružení mladých sklerotiků (www.mladisklerotici.cz)
- ✓ Sociálně-právní poradna Spolku Trend vozíčkářů Olomouc (www.trendvozickaru.cz)
- ✓ Unie Roska (www.roska.eu)

MS centra v České republice

- ✓ Brno – Bohunice (MS Centrum při neurologické klinice FN)
- ✓ Brno – Sv. Anna (MS Centrum při neurologické klinice FN u Sv. Anny)
- ✓ České Budějovice (Ambulance pro demyelinizační onemocnění při nemocnici)
- ✓ Hradec Králové (MS Centrum při neurologické klinice FN)
- ✓ Jihlava (MS centrum při neurologickém oddělení Nemocnice Jihlava)
- ✓ Olomouc (MS Centrum při neurologické klinice FN)
- ✓ Ostrava – Poruba (MS Centrum při neurologické klinice FN)
- ✓ Pardubice (MS Centrum při neurologickém odd. Krajské nemocnice)
- ✓ Plzeň (MS Centrum při neurologické klinice FN)
- ✓ Praha 10 (MS Centrum při neurologické klinice 3. LF UK a FNKV)
- ✓ Praha 2 – Nové Město (MS Centrum při neurologické klinice 1. LK UK a VFN)
- ✓ Praha 4 – Krč (Centrum pro léčbu demyelinizačních onemocnění Neurologické kliniky Thomayerovy nemocnice)
- ✓ Praha 5 – Motol (MS Centrum při neurologické klinice 2. LK UK a FN Motol)
- ✓ Teplice (MS Centrum při neurologickém oddělení Nemocnice Teplice)
- ✓ Zlín (MS Centrum při neurologickém odd. Baťovy nemocnice)

Použité zdroje

HAVRDOVÁ, Eva a kol. *Roztroušená skleróza*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 485 s. ISBN 978–80–204–3154–7.

HAVRDOVÁ, Eva et al. *Roztroušená skleróza v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 161 s. ISBN 978–80–7492–189–6.

<http://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/ms-centra-pro-lecbu-roztrousene-sklerozy>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2015* [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/archiv-rocniku/rok/2015/Rocenky>. ISSN 1210–9991.

Zdroje obrázků

Obrázek 1: <http://www.symptomy.cz/nemoc/roztrousena-skleroza/roztrousena-skleroza-mozkomisni.jpg>

Obrázek 2: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/images/stories/medicina/neurologie/lumbalni-punkce-prubeh-komplikace-vysledky-rozboru-mozkomisniho-moku.png>

Obrázek 3: http://www.ehutnik.cz/doc/zpravy_img/zakaz-koureni-kopie-kopie-4714.png

Obrázek 4: https://www.pestryjidelnicek.cz/upload/images/pj_433_520__500.jpg?v=1482241274934

Vypracovala: Matoušková Jarmila

E-mail: jarmila.konstacka@seznam.cz

Akademický rok: 2016/2017

Vedoucí práce: Mgr. Ochtinská Hana



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií