



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Odlišnosti ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou
sklerózou v závislosti na poskytovateli péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Markéta Laibrtová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Odlišnosti ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou v závislosti na poskytovateli péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. května 2019

.....

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Aleně Machové za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady, které mi poskytovala během psaní mé bakalářské práce. Poděkování patří také všem sestřám a pacientům za jejich ochotu a věnovaný čas.

Odlišnosti ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou v závislosti na poskytovateli péče

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá onemocněním roztroušená skleróza (RS) a ošetrovatelskou péčí, která je pacientům poskytována na standardním neurologickém oddělení a v Centru pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění (MS centrum).

Teoretická část se věnuje anatomii a fyziologii nervového systému, definici onemocnění, etiologii, klinickým příznakům, průběhu a prognóze onemocnění, diagnostice a léčbě. Dále popisuje zařízení, která poskytují péči pacientům s roztroušenou sklerózou. Na závěr se v teoretické části píše o ošetrovatelském procesu a specifikách ošetrovatelské péče o pacienty s RS.

V empirické části bakalářské práce byly stanoveny tři výzkumné cíle: zjistit úlohu všeobecných sester, zjistit rozdíly v ošetrovatelské péči ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení a zmapovat zkušenosti pacientů s RS s ošetrovatelskou péčí ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

K dosažení stanovených cílů bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden pomocí hloubkových rozhovorů se všeobecnými sestrami z neurologického oddělení na standardní lůžkové části a v MS centrech a také z rozhovorů přímo s pacienty trpícími roztroušenou sklerózou. Získané informace byly následně zpracovány otevřeným kódováním, metodou tužka-papír.

Výsledky ukázaly, že odlišnosti v ošetrovatelské péči o pacienty s RS jsou především v množství poskytované ošetrovatelské péče, edukační činnosti a stavu pacientů docházejících do MS centra a hospitalizovaných na standardním neurologickém oddělení. Z výsledků dále vyplývá, že sestra v obou zařízeních zaujímá důležitou úlohu při diagnostice a léčbě RS. Dotazovaní pacienti uváděli převážně pozitivní zkušenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v obou typech zařízení.

Klíčová slova

Roztroušená skleróza; ošetrovatelská péče; pacient; standardní neurologické oddělení; MS centrum

Differences of nursing care for patients with Multiple sclerosis depending on the care provider

Abstract

This bachelor thesis deals with the disease Multiple sclerosis (MS) and Nursing Care which is provided to the patients at the Standard Neurological Ward and in Multiple Sclerosis Center (MS Center).

The theoretic part is devoted to anatomy and physiology of nervous system, the definition of the disease, etiology, clinical signs, process and prognosis of the disease, diagnostics, and treatment. Next it describes the facilities that providing care to patients with Multiple sclerosis. The end of the theoretic part is about Nursing Process and about specifics of Nursing Care for patients with Multiple sclerosis.

Three research objectives were defined in the empiric part of this bachelor thesis: find out the role of nurses, find the differences in Nursing Care for MS patients in Specialized Outpatient Wards and at the Standard Neurological Ward and map the MS patients experiences with Nursing Care at these facilities.

To achieve the determined objectives qualitative research was used. Data collection was done through in-depth interviews with the nurses from the Neurological ward at the Standard Neurological Ward and in MS Center and directly with patients who suffer from Multiple sclerosis. The obtained information was processed by open coding, paper and pencil interviewing.

The results showed that the differences in Nursing Care for patients with Multiple sclerosis are especially in the amount of provided nursing care, educational activity and the condition of patients which come to the MS Center and which are hospitalized at the Standard Neurological Ward. The results also show that the nurse takes an important role in the diagnosis and treatment of MS in both facilities. Interviewed patients reported mostly positive experiences with Nursing Care provided in both types of facilities.

Keywords

Multiple sclerosis; Nursing care; Patient; Department of Neurology; MS center

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE NERVOVÉ SOUSTAVY	10
1.1.1 Nervová buňka – neuron.....	10
1.1.2 Činnost neuronu a fyziologie vedení vzruchu	11
1.1.3 Poškození a regenerace nervů	13
1.2 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA	13
1.3 ETIOLOGIE RS.....	14
1.4 PATOGENEZE RS.....	15
1.5 KLINICKÉ PŘÍZNAKY RS	16
1.6 PRŮBĚH A PROGNÓZA RS	18
1.7 DIAGNOSTIKA RS	20
1.8 LÉČBA RS.....	21
1.9 ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PÉČI PACIENTŮM S RS	23
1.10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S RS	24
1.11 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S RS	25
1.11.1 Ošetřovatelská péče o hygienu a péči o pokožku u pacienta s RS.....	27
1.11.2 Ošetřovatelská péče o pohybovou aktivitu u pacienta s RS.....	28
1.11.3 Ošetřovatelská péče o vyprazdňování u pacienta s RS.....	30
1.11.4 Ošetřovatelská péče o výživu u pacienta s RS	31
1.11.5 Ošetřovatelská péče o pacienty s psychickými poruchami	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 CÍLE PRÁCE.....	33
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	34
4 METODIKA	35
4.1 TECHNIKA SBĚRU DAT A POUŽITÉ METODY	35

4.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
5	VÝSLEDKY	37
5.1	VÝSLEDKY Z ROZHOVORŮ SE VŠEOBECNÝMI SESTRAMI Z MS CENTRA A STANDARDNÍHO NEUROLOGICKÉHO ODDĚLENÍ	37
5.2	VÝSLEDKY Z ROZHOVORŮ S PACIENTY S RS.....	47
6	DISKUZE	54
7	ZÁVĚR	62
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	64
9	PŘÍLOHY	71

Úvod

Roztroušená skleróza je autoimunitní chronické onemocnění, které postihuje centrální nervový systém. První příznaky onemocnění se objevují okolo 20. – 40. věku života a výskyt je častější u žen. Příčina vzniku onemocnění není doposud přesně známa. Mezi nejčastější příznaky onemocnění patří oční problémy, porucha chůze, únava nebo poruchy s vyprazdňováním. Průběh onemocnění většinou vede k imobilizaci až invalidizaci pacientů. Diagnostika roztroušené sklerózy probíhá na základě anamnestických údajů, výsledků z magnetické rezonance a z vyšetření mozkomíšního moku, který je odebírán pomocí lumbální punkce. Včasná léčba umožňuje zpomalení progresu onemocnění. V dnešní době existuje řada způsobů, jak roztroušenou sklerózu léčit, přesto je toto onemocnění nevyléčitelné. Velice důležitou součástí je léčba symptomatologická, protože zlepšuje kvalitu života pacientů. Poskytovaná ošetrovatelská péče se odvíjí od klinických příznaků a problémů, jenž pacienti mají. Péče o pacienty s roztroušenou sklerózou je poskytována v ambulantních, lůžkových, sociálních nebo rehabilitačních zařízeních. Důležitou roli v péči o pacienty s roztroušenou sklerózou mají specializovaná centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocněních, která se nazývají MS centra.

V praktické části bakalářské práce jsme se zaměřili na získávání odpovědí na stanovené výzkumné cíle a otázky. Zaměřili jsme se na zjištění úlohy všeobecných sester a na rozdíly v poskytované ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení (dále jen na oddělení). Dále jsme zjišťovali, jaké jsou zkušenosti pacientů s RS s poskytovanou péčí právě v těchto dvou zařízeních. Data byla získávána pomocí hloubkových rozhovorů se všeobecnými sestrami z MS centra a standardního neurologického oddělení a s pacienty trpícími roztroušenou sklerózou. Získaná data byla následně analyzována otevřeným kódováním, metodou tužka-papír, s následnou kategorizací. Rozhovory se sestrami se zabývaly průběhem diagnostiky, léčby a úlohou sestry při těchto procesech, poskytovanou ošetrovatelskou péčí a vnímáním rozdílů v ošetrovatelské péči v MS centru a na oddělení. Od pacientů byly získávány informace, které zjišťovaly, jaký byl průběh hospitalizace na oddělení a jak probíhá léčba v MS centru. Dále se otázky zaměřovaly na zkušenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a také na to, zda oni sami vnímají nějaké rozdíly v ošetrovatelské péči, která je jim poskytována na oddělení a v MS centru.

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala, jelikož v dnešní době je stále více pacientů s roztroušenou sklerózou a jako všeobecná sestra bych měla vědět, jaké problémy pacienti s touto nemocí mají a jaká péče je jim poskytována. Dalším důvode, jenž mě vedl k výběru tohoto tématu, byla skutečnost, že v mém okolí je člověk, který se věnuje léčbě pacientů s RS a toto téma mi doporučil. V průběhu vypracování práce jsem se dozvěděla, že v mém okolí je mnoho lidí, kteří trpí roztroušenou sklerózou nebo mají známe či příbuzné s touto nemocí.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie nervové soustavy

Nervová soustava lidského těla je jednou z nejdůležitějších soustav. Po celý náš život komunikuje s okolním prostředím a koordinuje vnější pochody v organismu (Parker, 2016). Je to regulační systém, jehož hlavním úkolem je přijímání, ukládání a zpracovávání informací z vnějšího i vnitřního okolí (Merkunová a Orel, 2008).

Pars centralis je latinské označení pro centrální nervový systém (dále CNS), jenž je hlavním prvkem ve stavbě a funkci lidského těla (Čihák a Grim, 2016). CNS je tvořen dvěma hlavními složkami, jimiž jsou mozek (*encephalon*) a páteřní mícha (*medulla spinalis*). Funkcí CNS je přijímání a následné zpracování přijatých informací (Merkunová a Orel, 2008).

Pars peripherica neboli periferní nervový systém (dále PNS) zahrnuje 12 párů mozkových a 31 párů míšních nervů. Periferní nervy jsou svazky nervů, které spojují CNS s periferií organismu. Do CNS přivádějí dostředivou drahou informace a odstředivou drahou vedou z CNS podněty k vykonání činností. K PNS patří také typická nahromadění nervových buněk – ganglia neboli nervové uzliny, uložených mimo CNS (Čihák a Grim, 2016). Funkcí PNS je dodávat informace do CNS a zpětně odebírat jeho povely. CNS je naopak koordinační a rozhodovací centrum organismu (Parker, 2016).

Poslední složkou nervového systému je *systema nervosum autonomicum* neboli autonomní nervový systém (Čihák a Grim, 2016). Tento systém je samostatnou součástí PNS a skládá se ze sympatiku, parasympatiku a centrálního nervového systému (Hudák, Kachlík et al., 2013).

1.1.1 Nervová buňka – neuron

V CNS, konkrétně v mozku, se nachází více než 100 miliard nervových buněk zvaných neurony a další miliony se nacházejí na jiných místech lidského těla. Výběžky neuronů jsou složeny do nervových vláken, jež tvoří po celém našem těle síť nervů (Parker, 2016). Neuron je základní stavební a funkční jednotkou nervové tkáně. V nervové síti tvoří každý neuron samostatnou jednotku, která od ostatních buněk dostává vzruchy a samostatně je přenáší dále pomocí zvláštních kontaktů (Čihák a Grim, 2016).

Stejně jako jiné buňky i buňka nervová se skládá z těla, ve kterém je obsaženo buněčné jádro (Čihák a Grim, 2016). Z těla neuronu vybíhají dva druhy výběžků. Ty lze dělit dle směru vedení vzruchu na dendrity a axony. Dendrity vedou vzruchy dostředivě a axony odstředivě (Naňka a Elišková, 2015).

Dendrity jsou výběžky, které vybíhají z perikaryonu neuronů. Jejich funkcí je příjem podnětů a vedení vzruchu směrem do těla buňky. Jelikož organismus vysílá velký počet podnětů, má nervová buňka na perikaryonu několik dendritů. Dendrity jsou obaleny myelinovou pochvou pouze v PNS. Dendrity nacházející se v šedé hmotě CNS jsou neobaleny, tzn. že nemají myelinovou pochvu (Čihák a Grim, 2016).

Každá nervová buňka má zpravidla pouze jeden *axon*, jehož funkcí je vedení vzruchu z buňky k další struktuře (další nervová buňka, svalové vlákno, žláza apod.). Délka axonů je různá, některé mohou být dlouhé až přes jeden metr a některé mohou končit těsně v blízkosti perikarya odkud vybíhají. Povrch axonů je obalen myelinovou pochvou, stejně jako dendrity v PNS (Čihák a Grim, 2016). Myelinová pochva v CNS a PNS se liší podle toho, jaké buňky ji vytvářejí. V CNS ji tvoří oligodendroglie, naopak v PNS je tvořena Schwannovými buňkami. Funkcí myelinové pochvy je izolace proudění vzruchu. Přibližně v 1,5 mm povrchu je vždy přerušena tzv. Ranvierovými zářezy. Tyto zářezy slouží k uzavření proudového obvodu a dochází zde k šíření vzruchu tzv. skokem (Naňka a Elišková, 2015). Axon je zakončený synapsí, která je místem styku axonu jednoho neuronu s efektoem (sval, orgán, žláza) nebo s jiným neuronem (Silbernagl a Despououlos, 2016).

Neuroglie je název pro soubor buněk v NS. Jsou to buňky mající různou formu a funkci. (Čihák a Grim, 2016). Velký význam má jejich podpůrná role, ale také výživa nervových buněk, schopnost fagocytózy a hojení neuronů. Neuroglie se od samotných neuronů odlišují tím, že mají schopnost buněčného dělení. V NS se nachází několik druhů neuroglií. Jsou jimi astrocyty, oligodendrocyty, mikroglie a ependymové buňky (Hudák, Kachlík et al., 2013).

1.1.2 Činnost neuronu a fyziologie vedení vzruchu

„*Veškerá činnost neuronu je udržována transportem látek z perikarya do axonu a axonem až k axonovým zakončením*“ (Čihák a Grim, 2016, s. 209). Tento děj, při kterém dochází k transportu látek, je nazýván jako axonální transport. Mezi hlavní transportované

látky patří proteiny. Děj může probíhat rychlým nebo pomalým transportem (Čihák a Grim, 2016).

Mezi základní vlastnosti neuronů patří dráždivost a šíření vzruchu. Dráždivost znamená, že neuron je schopný tvořit vzruch a díky schopnosti šíření vzruchu dochází k jeho vedení (Seidl, 2015). Všechny neurony mají obecně nízký práh dráždivosti, ke kterému může dojít při podráždění elektrickým, chemickým či mechanickým podnětem (Čihák a Grim, 2016).

Vznik a vedení vzruchu je podmíněno rozdílem potenciálů, rozložením iontů vně a uvnitř buňky a propustností buněčné membrány pro jednotlivé ionty. V buněčné membráně se nacházejí K^+ , Cl^- a Na^+ ionty. Pro ionty K^+ a Cl^- je buněčná membrána relativně propustná, pro ionty Na^+ je méně propustná a pro organické anionty je zcela nepropustná. Ionty Cl^- a Na^+ jsou obsaženy ve větší koncentraci v extracelulární tekutině. Ionty K^+ se nacházejí v intracelulární tekutině, tedy uvnitř buňky (Seidl, 2015). Při podráždění podnětem dochází ke vzniku fyzikálně-mechanické změny, která se nazývá vzruch a ten dále pokračuje po délce axonu až k jeho zakončení. Šíření vzruchu probíhá díky změnám elektrického membránového potenciálu (Čihák a Grim, 2016).

Klidový membránový potenciál je elektrický potenciál, vyskytující se u nepodrážděných svalových a nervových buněk. Je zapříčiněn nerovnoměrným rozdělením iontů mezi intracelulární a extracelulární tekutinou (Silbernagl a Despopoulos, 2016). Hlavní význam mají ionty K^+ , Cl^- a Na^+ , jejich aktivní transport a pasivní difúze, což má za následek polarizaci buněčné membrány. V intracelulární tekutině je silnější elektrická negativita a extracelulárně je slabší elektrická pozitivita. Z toho důvodu je výsledkem negativní elektrický potenciál (Čihák a Grim, 2016).

Akční membránový potenciál vzniká při podráždění, jehož následkem se mění propustnost buněčné membrány pro některé ionty. Při podráždění dochází ke zvýšení membránového potenciálu až dojde k překročení tzv. prahového potenciálu. Díky tomu dojde ke změně propustnosti membrány pro ionty Na^+ , které vstoupí do intracelulárního prostoru. To způsobí depolarizaci buněčné membrány a změnu na pozitivní elektrický potenciál. Následně dojde k uzavření kanálů pro ionty Na^+ , zpětnému otevření kanálů pro ionty K^+ a obnovení klidového membránového potenciálu dějem nazývaným repolarizace (Silbernagl a Despopoulos, 2016).

Šířící se vzruch po axonu je přenášen na další neuron nebo na efektor pomocí *synapsí*. Synaptické vedení se dá rozdělit na elektrický a chemický synaptický přenos (Silbernagl a Despopoulos, 2016). Synapse bývají paličkovitého nebo knoflíkovitého tvaru. Jsou složeny z presynaptické, postsynaptické membrány a synaptické štěrbině (Čihák a Grim, 2016).

1.1.3 Poškození a regenerace nervů

Nervové buňky jsou vysoce diferencované a nedochází k jejich množení, proto po svém zániku nejsou nahrazovány buňkami novými. Zánik buňky či opravení poškozeného místa určuje závažnost a lokalizace postižení (Čihák a Grim, 2016). Jestliže dojde k poškození a zániknutí perikarya neuronu, dochází k zániknutí také všech jeho výběžků (Naňka a Elišková, 2015). Zánik nebo změna perikarya může vzniknout také jako následek poškození axonu nebo i po poškození presynaptického neuronu sousední buňky (Čihák a Grim, 2016).

Poškození axonu může být způsobeno protětiním nebo místním poškozením, což má za následek změny v obou směrech od axonu. Poškození axonu ve směru od perikarya k synapsím se nazývá antegrádní degenerace, nebo Wallerova degenerace. Toto poškození postihuje celý axon, jeho myelinovou plochu a synapse. Druhým směrem poškození dochází k retrográdní degeneraci. Principem je, že perikaryum reaguje degenerativními změnami na poškození svého axonu. Velikost reakce je závislá na vzdálenosti místa poškození od perikarya. Pokud dojde k poškození axonu příliš blízko perikarya, celá buňka zaniká. Reverzibilní změny vznikají v perikaryu zpravidla, pokud je poškození na vzdálenějším místě (Čihák a Grim, 2016).

Obnovovat se dokáží zpravidla jen nervy PNS. K regeneraci PNS dochází tak, že poškozený úsek přestane být vyživován a postupně začne degenerovat. Díky tomuto procesu zůstane posléze myelinová pochva prázdná. Prázdnou myelinovou pochvou začne prorůstat zbývající zdravý úsek axonu a to rychlostí přibližně 1-2 mm za den. Regenerace nervových vláken CNS je méně pravděpodobná, jelikož zde jsou nervové buňky velice specializované a nedochází u nich k samostatné obnově ani k nahrazení již ztracených spojů (Parker, 2016).

1.2 Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (dále RS) patří mezi autoimunitní a demyelinizační onemocnění CNS. Díky vzniklému zánětu, imunitní systém organismu mylně útočí proti vlastním

strukturám v mozku a míše. Cílem útoku je myelinová pochva nervového vlákna, ale i samotná nervová vlákna (Lépori et al., 2011). Jejich ztráta vede, v pokročilých stádiích nemoci, k trvalé invaliditě, která patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti v rozvinutých zemích i u mladých nemocných (Havrdová et al., 2015).

RS se začne projevovat převážně mezi 20. – 40. rokem života. Výskyt je dvakrát častější u žen než u mužů. Vzácně se může vyskytnou záchyt 1. ataky onemocnění do 10 a nad 55 let života. Záchyt 1. ataky po 50. roce života je méně častý, ale přesto se vyskytuje asi u 8 % nemocných (Seidl, 2015).

Výskyt RS je zaznamenáván ve všech světových populacích na celém světě. Avšak Kingwell et al. (2013) uvádí, že toto onemocnění se vyskytuje nejvíce v Evropě, která obsahuje více než polovinu globální populace osob s diagnózou RS. Nejvyšší prevalence, více jak 200/100 000 obyvatel, byla v průběhu výzkumu zaznamenána v částech Skotska, v severním Irsku, ve Skandinávii a na Sicílii. Ze studií v 80. letech i ze studií novějších je zjištěno, že hodnoty menší než 20/100 000 obyvatel se objevovaly na Maltě, v národnostních menšinách Norska a Bulharska. Seidl (2015) uvádí, že prevalence v České republice je 170/100 000 obyvatel.

1.3 Etiologie RS

Příčina vzniku RS u jedince je, i přes všechny výzkumy, zatím neznámá. Nicméně jsou známy některé faktory, které se nejspíše podílejí na vzniku onemocnění nebo riziko zvyšují (O'Connor, 2014). Dle současné představy se předpokládá, že vznik RS je multifaktoriální a ve vzájemné interakci jsou genetické predispozice s faktory environmentálními (Havrdová et al., 2013). Havrdová (2015) uvádí, že výskyt onemocnění u jedince se zvyšuje, pokud onemocněním trpí někdo z příbuzných.

Mezi nejčastější environmentální faktory patří infekce a virus Epstein-Barrové (EBV), nedostatek vitamínu D, zeměpisná šířka, kouření, hormonální změny, výživa, střevní mikroflóra a imunitní reaktivita (Havrdová et al., 2013). Mezi nově zjištěné rizikové faktory patří také obezita (Havrdová et al., 2015).

Mezi nejčastější infekční onemocnění, které se podílejí na vzniku RS, patří herpetické viry, retroviry a *Chlamydia pneumoniae*. Avšak dle důkazů, se na vzniku RS podílí virus Epstein Barrové, který vyvolává infekční mononukleózu. Studie ukazují, že prodělání

infekční mononukleózy či vyšší titr protilátek proti EBV zvyšuje riziko vzniku RS (Havrdová et al., 2013).

Dalším rizikovým faktorem může být nedostatek vitamínu D. Ten se nejčastěji vyskytuje u lidí žijících na území s menším výskytem slunečního svitu. Sluneční záření se efektivně podílí na tvorbě vitamínu D v kůži, ze které je vstřebáván do krve. Vitamin D má v našem těle řadu rolí. Jednou z nich je vliv na imunitní systém (O'Connor, 2014). Důsledkem nedostatku vitamínu D je větší prevalence onemocnění směrem k pólům, a naopak nejnižší v oblastech rovníku (Havrdová et al., 2015).

Havrdová et al. (2013) udává, že dle řady důkazů se na vzniku i zhoršeném průběhu RS podílí kouření. Výrazně vysoké je riziko výskytu u kuřáků, ale i u nekuřáků, kteří byli vystavováni pasivnímu kouření. Výhodu mají absolutní nekuřáci, kteří pasivnímu kouření vystavováni nebyli. Riziko vzniku RS se zvyšuje s dobou trvání této expozice. Udává se, že kouření se na vzniku RS nejčastěji uplatňuje díky prozánětlivým procesům.

1.4 Patogeneze RS

V patogenezi RS hraje velkou roli primární imunitní odpověď, proto je RS řazena mezi autoimunitní onemocnění. Při RS dochází ke špatnému rozpoznání vlastních antigenů CNS a k následnému vzniku zánětlivé reakce (Vališ, Pavelka et al., 2018). V zánětlivém ložisku se uplatňují lymfocyty, z jichž nejdůležitější jsou makrofágy, T a B-lymfocyty (Lépori et al., 2011). T-lymfocyty prostupují do CNS přes hematoencefalickou bariéru a vedou k poškozující zánětlivé reakci (Vališ, Pavelka et al., 2018). T-lymfocyty v CNS reagují proti myelinu a vytvářejí zánětlivé působky vedoucí k další imunitní reakci. B-lymfocyty v ložisku vytvářejí protilátky, které se mohou navázat na myelin a postupně ho ničit. Makrofágy mohou bílkoviny zpracovat a předložit k dalšímu útoku (Lépori et al., 2011). Jelikož jsou lymfocyty aktivovány antigeny myelinu, k prvnímu zánětlivému ložisku dochází právě tam. Zánětlivé ložisko však poškozuje i samotné nervové vlákno, které se později rozpadne. Zánik axonů poté určuje samotnou míru invalidizace pacientů. Ta je také závislá na místě, kde je zánětlivé ložisko vytvořeno (Havrdová et al., 2015). Vališ, Pavelka et al. (2018) uvádí, že nejčastějšími místy výskytu ložisek jsou oblasti bílé mozkové hmoty v blízkosti mozečku, mozkového kmene, bazálních ganglií, míchy a zrakového nervu. Zánětlivá ložiska se v bílé hmotě

mozkové jeví jako šedé struktury, pro jejichž označení se používá název plaky nebo léze (Havrdová et al., 2015).

Demyelinizace axonu má za příčinu přerušení elektrického vedení vzruchu. Na axonu, kde je poškozena myelinová pochva, nedochází ke skokovému šíření mezi jednotlivými Ranvierovými zářezy (Lépori et al., 2011). Pokud dojde k obnovení integrity oligodendrocytu, který vytváří v CNS myelinovou pochvu, může být myelin znovu vytvořen. Tomuto ději se říká remyelinizace. Nově vzniklý myelin je však tenčí a jednotlivé „buřtíky“ jsou kratší, a proto je šíření vzruchu pomalejší. Proces remyelinizace trvá měsíce a při opakovaných zánětech schopnost znovu obnovení myelinu klesá (Havrdová et al., 2015).

1.5 Klinické příznaky RS

Klinické příznaky se projevují v závislosti na tom, v jakém místě CNS se vyskytují zánětlivá ložiska. Mezi nejčastěji postižené oblasti patří oční nerv, mozkový kmen, oblast bílé hmoty kolem komor a mícha. Pokud dojde k výskytu ložiska v místě, kde se nachází více důležitých drah, objevuje se polysymptomatická ataka. Při výskytu ložisek v oblasti kolem mozkových komor se klinické příznaky nemusejí projevit nebo jsou nespecifické (Havrdová et al., 2015).

Lépori (2011) uvádí, že u 85 % pacientů se příznaky RS objevují náhle, v hodinách až dnech, a jejich trvání je minimálně 24 hodin bez přerušení. Zhruba po 5-10 letech dochází k postupnému vyčerpání zánětu, jenž vede k nevratnému poškození axonů nervových buněk. V tomto období dochází k pozvolnému vývoji příznaků, které jsou zhoršovány při každé velké fyzické námaze nebo při vyšších venkovních teplotách, jelikož jsou kladeny větší nároky na rychlost vedení vzruchu po axonu.

Horáková (2016) uvádí, že příznaky jsou na první pohled buď viditelné, nebo neviditelné. Mezi příznaky na první pohled viditelné patří např. poruchy chůze, hybnosti a rovnováhy. Neviditelné příznaky jsou pro pacienta zákeřnější. Jedná se o příznaky jako je např. únava, bolest nebo kognitivní postižení. Dle Vališe, Pavelky et al. (2018) pacienti zprvu uvádějí nespecifické a vleklé obtíže, mezi které patří únava, ztráta energie, ztráty tělesné hmotnosti a malátnost objevující se před neurologickou symptomatikou.

Obečně mezi časté příznaky RS patří poruchy citlivosti, zraku, slabost končetin, vertigo, únava, sexuální a sfinkterové problémy, bolest, poruchy nálad, pokles kognitivní výkonnosti nebo poruchy chůze (Vališ, Pavelka et al., 2018).

Optická neuritida (dále ON) je akutní zánětlivé postižení zrakového nervu projevující se postižením zraku (Ampapová a Ampapa, 2013). Havrdová et al. (2015) uvádí, že ON se projevuje bolestí při pohybu oka a poruchou zraku, kdy dochází k mlhavému vidění, výpadku zorného pole, ale i ke změně barevného vidění, při kterém se především červené barvy zdají šedivé. U zbytku pacientů se ON vyskytuje kdykoliv v průběhu onemocnění (Ampapová a Ampapa, 2013). Po léčbě kortikoidy dochází k ústupu poruchy zraku i bolesti. V 90 % se zrak vrací k normě, přesto se příznaky mohou na přechodnou dobu znovu objevit. Opětovný návrat příznaků je nazýván jako Uhthoffův fenomén a dochází k němu např. po horké koupeli nebo fyzické námaze. Změny nemusí být vnímány subjektivně, ale jsou patrné na očním pozadí a při vyšetření zrakových evokovaných potenciálů (Seidl, 2015).

Mezi *senzitivní poruchy* jsou řazeny hyperestezie, hypestezie nebo parestezie. Jedná se o poruchy v oblasti citlivosti, které se vyskytují na různých částech těla. Projevuje se vnímáním pocitů mravenčení, změnám ve vnímání tepla i k nepříjemným pocitům, např. k pálení či bodání (Havrdová et al., 2015). Tyto poruchy se nejčastěji vyskytují na začátku onemocnění, kdy samovolně odezní (Seidl, 2015).

Vznik *motorických poruch* je prognosticky horším znakem než výskyt poruch senzitivních. Tyto poruchy jsou příčinou postižení hlavní hybné dráhy (Havrdová et al., 2015). Porucha motorické dráhy se projevuje spastickým syndromem, pro něhož je typické snížení svalové síly, svalový hypertonus, hyperreflexie, klony, asociované pohyby, kontrakce, spastická dystonie, flexní a extenční spazmy. V souvislosti se vznikem spastického syndromu je ovlivněna chůze pacientů, která negativně ovlivňuje jejich každodenní aktivity (Štětkářová, 2016).

Mozečkové poruchy jsou znakem velmi nepříznivé prognózy pro pacienta. Jejich vznik, již na začátku onemocnění, je znakem rychlejší a závažnější invalidizace pacienta. Jelikož mozeček je regulátorem jemné motoriky a rovnováhy, jeho poškození se projevuje ataxií, mozečkovým třesem, který je přítomen při dokončování pohybu, a sakadovanou řečí (Havrdová et al., 2015).

Sfinkterové poruchy jsou úzce spojeny s problémy s močením i se stolicí. Potíže se stolicí, např. zácpa, průjem nebo inkontinence stolice, se vyskytují méně často než problémy s močením (Vališ, Pavelka et al., 2018). Mezi urologické problémy patří retence moči, obtížné močení, inkontinence související s hyperaktivním svěračem, hypoaktivním svěračem nebo normoaktivním svěračem (Ryšánková, 2016).

Sexuální poruchy jsou následkem postižení CNS nebo dalších příznaků, např. únava nebo spasticita. Muži mají snížené libido, erektilní dysfunkci, problémy s ejakulací a dosažením orgasmu. Podobně i u žen dochází ke ztrátě libida, snížení citlivosti v oblasti pochvy, snížení vlhkosti pochvy a problémy s dosažením orgasmu (Vališ, Pavelka et al., 2018).

Kmenové syndromy se projevují po postižení mozkového kmene, ve kterém jsou obsaženy dráhy pro hybnost, citlivost a koordinaci pohybů. Postižení se nejčastěji projevuje okoohybnými poruchami (Havrdová et al., 2015). Vyskytuje se porucha plynulých sledovacích očních pohybů, pohledový nystagmus, při němž dochází k pomalým kmitavým pohybům oka (Jeřábek, 2016).

Neuropsychické poruchy se dají dělit na poruchy afektivní, kognitivní a psychotické. Mezi příznaky afektivní poruchy patří deprese (50 %), úzkost (36 %) a bipolární afektivní porucha (6 %). Kognitivní poruchy postihují 40–60 % pacientů. Ovlivňují nemocného v zaměstnání, denních činnostech i sociálních aktivitách. Při RS je nejčastěji postižena rychlost zpracování informace, paměť, pozornost, abstraktivní a pojmové uvažování (Nytrková et al., 2016)

1.6 Průběh a prognóza RS

RS je charakteristická střídáním období atak, neboli relapsů, s obdobím remise (Lépori et al., 2011). První ataka je většinou spuštěna infektem, porodem, psychickým nebo fyzickým stresem, poraněním či chirurgickým zákrokem. Často se objevuje i bez zjevného spouštěcího faktoru (Seidl, 2015). Pro relaps je typický rozvoj neurologických příznaků nepřetržitě trvajících déle než 24 hodin s odstupem 30 dní od relapsu předchozího (Horáková, 2011). Po prvním relapsu většinou následuje období remise, kdy se nemocný cítí subjektivně zdravý a klinické vyšetření je v normálu (Seidl, 2015). Tento stav, kdy je relaps vystřídán remisí, se

nazývá jako *relaps-remitentní průběh*. Přestože nemocný nemá žádné klinické příznaky, dochází k poškozování NS a k vyčerpání jeho rezerv (Havrdová et al., 2015).

Havrdová et al. (2015) uvádí, že po 10-15 letech dochází k přechodu onemocnění do *sekundární progresie*. Lépori et al. (2011) píše, že k přechodu do sekundárně progresivní formy dojde již po 5-15 letech. Při této fázi dochází k postupnému vyčerpání zánětu a trvalému poškození nervových vláken, ubývá relapsů a zhoršuje se invalidita pacienta (Havrdová et al., 2015).

Primární progresivní průběh se objevuje zhruba u 10 % nemocných, kdy se postupná invalidita vyskytuje ihned od začátku onemocnění, a to bez přítomnosti relapsů. Tento průběh je častěji diagnostikován u mužů ve věku okolo 40 let (Havrdová et al., 2015).

U malého procenta nemocných se objevuje tzv. *relabující-progredující forma*, která má agresivní průběh s těžkými atakami. Právě proto při této formě dochází k rychlému nárůstu neurologického postižení (Lépori et al., 2011).

V současné době se vyskytuje fáze tzv. *klinicky izolovaného syndromu (CIS)*. Při CIS je pacient postižen prvním relapsem, u něhož se projevují typické příznaky RS. Nejčastějšími příznaky jsou např. postižení zrakového nervu a kmenová či míšňí symptomatologie (Ampapa, 2017). CIS je vyvoláván zánětem v CNS a trvá nejméně 24 hodin. Obtíže nastupují do několika hodin či dní. Nález na magnetické rezonanci se shoduje s diagnózou RS (Vališ, Pavelka et al., 2018).

Průběh a s ním související prognóza jsou velice individuální. U některých pacientů je průběh zcela benigní nebo naopak zcela maligní (Lépori et al., 2011). U benigního průběhu se pacienti dožívají poměrně vysokého věku bez závažného neurologického nálezu a invalidity. Naopak u maligního průběhu onemocnění dochází k závažné invaliditě již na počátku onemocnění. Pokud se zánětlivá ložiska nacházejí v oblasti mozkového kmene či prodloužené míchy, může dojít ke smrti (Havrdová et al., 2015).

Horáková (2011) uvádí, že k individuální prognóze pacienta nejsou prozatím žádná spolehlivá vyšetření. Ke stanovení individuálního rizika vývoje nemoci se dají využít určité klinické znaky a magnetická rezonance.

1.7 Diagnostika RS

Včasná a rychlá diagnostika zajišťuje zvýšený úspěch léčby, s nímž souvisí průběh onemocnění. Pacienti, u nichž byla RS diagnostikována později a došlo k pozdějšímu zahájení léčby, nemají stejné benefity léčby jako pacienti, kteří měli RS diagnostikovánu již v začátcích onemocnění (Vališ, Pavelka et al., 2018). Diagnostika i léčba RS je multidisciplionární, dochází při ní ke spolupráci neurologa s praktickým lékařem, radiologem, urologem, oftalmologem, imunologem, všeobecnou sestrou a dalšími zdravotnickými pracovníky (Piřha, 2014).

Prvním, kdo může zvažovat diagnózu roztroušené sklerózy je praktický lékař, na kterého se většinou pacienti obracejí jako na prvního a sdělují mu zdravotní či sociální problémy (Piřha, 2014). Pokud praktický lékař zjistí, že by se mohlo jednat o RS, měl by pacienta ihned odeslat k neurologovi, jenž se specializuje na onemocnění NS (Vališ, Pavelka et al., 2018). Velkou roli ve včasné diagnostice RS hraje také praktický neurolog. Podílí se nejen na včasné diagnostice, ale také na dlouhodobé léčbě pacientů s RS (Piřha, 2014).

Dosud neexistuje žádný specifický test potvrzující či vylučující RS (Seidl, 2015). Diagnostika se provádí na základě klinických příznaků, průběhu onemocnění, nálezů na magnetické rezonanci a v mozkomíšním moku. Jako první se při diagnostice provádí anamnéza, při které se zjišťuje charakter potíží, délka jejich trvání, příznaky v minulosti, potíže oční, sexuální či sfinkterové (Ampapa, 2017).

Při diagnostice se jako první využívá magnetická rezonance (Dále MR). MR zobrazuje morfologické známky poškození CNS. Při hodnocení výsledků se využívají McDonaldova kritéria z roku 2010. Ta kombinují klinický stav s pomocnými vyšetřovacími metodami, převážně MR (Seidl, 2015). MR využívá rádiové vlny a magnetické pole k vyhodnocení relativního obsahu vody v tkáních těla. MR nabízí detailní vyobrazení mozku a míchy. Na rozdíl od rentgenového záření a počítačové tomografie, MR je méně invazivním vyšetřením. Doba vyšetření se pohybuje od 45 do 60 minut (Taylor Chavoustie, 2018). Mezi kontraindikace vyšetření patří klaustrofobie a nevyjímatelné kovové předměty v těle (Vališ, Pavelka et al., 2018).

Dalším využívaným vyšetřením je odběr mozkomíšního moku. Mozkomíšní mok je získáván lumbální punkcí. Jeho vyšetřením můžeme získat důkaz chronického zánětu CNS (Vališ, Pavelka et al., 2018). Lumbální punkce je invazivní metoda, při níž je jehla na

lumbální punkci zavedena mezi obratle bederní páteře až do míšního kanálu. Před zákrokem není žádná speciální příprava, někdy dochází k vysazení antikoagulačních léků (Taylor Chavoustie, 2018). V mozkomíšním moku se vyšetřuje množství bílkoviny, albuminu, IgG, počet a kvalita buněk a u RS především přítomnost oligoklonálních páسů. Pravděpodobnost RS zvyšuje přítomnost alespoň 2 páسů v likvoru. Tyto páсы se vyskytují asi v 95-98 % případů u pacientů s RS (Havrdová et al., 2015).

Doplňkovým vyšetřením je provádění evokovaných potenciálů. Toto vyšetření je využíváno v případě nejasností v předcházející diagnostice (Ampapa, 2017). Evokované potenciály testují, jak rychle a kompletně se nervové signály vyvolané stimulací dostanou do mozku. Při RS je vedení zpomaleno a přenášený signál je slabší. Vyšetření ukáže abnormality v cestě přenosu asi v 65 % počátečních fázích onemocnění (O'Connor, 2014).

V rámci diferenciální diagnostiky je využívána optická koherentní tomografie, kdy dochází k vyšetření *neuromyelitis optica* (Ampapa, 2017). Tato zobrazovací metoda je rychlá a poskytuje detailní obraz sítnice. Využívá se zejména při monitoraci progresu onemocnění a k testování účinnosti nových léků (Vališ, Pavelka et al., 2018).

1.8 Léčba RS

Léčba RS by zpravidla měla následovat ihned po diagnostice onemocnění. Zahájení léčby již v počátečním stádiu umožňuje zpomalení progresu onemocnění a brání trvalému poškození nervových struktur (Vališ, Pavelka et al., 2018). Léčbou lze ovlivnit počet relapsů, průběh onemocnění i symptomy. U každého pacienta je nutné hledat prospěch a také rizika léčby. Léčba se stanovuje u každého pacienta dle klinických, radiologických i laboratorních výsledků a je zcela individuální (Pitřha, 2016).

Havrdová et al. (2015) dělí léčbu RS na léčbu akutní ataky, dlouhodobou léčbu a léčbu symptomatickou. Vališ, Pavelka et al. (2018) navíc uvádí léčbu progresivních forem onemocnění. Dle doporučených postupů, které uvádí Šimůnková (2018), by léčba RS měla být prováděna ve specializovaných centrech a měla by být zahájena co nejdříve, a to již ve stádiu CIS. U pacientů s prokázanou relaps-remitentní formou RS (dále RR-RS) musí být léčba poskytnuta vždy.

Léčba akutní ataky spočívá v podávání vysokých dávek kortikosteroidů. Nejčastěji se aplikuje methylprednison v dávce 3-5 g (Seidl, 2015). Havrdová et al. (2015) uvádí, že se

standardně podává dávka 3 g a při těžkých atakách lze dávku až zdvojnásobit. Standardně se kortikosteroidy podávají intravenózní cestou, lze je však podat i perorálně, jelikož v obou případech dojde ke stejnému účinku léku (Vališ, Pavelka et al., 2018). Methylprednison se podává ve třech dávkách během 5-7 dnů, následně se pokračuje v léčbě pomalu sestupující dávkou 14-21 dnů. Při akutní atace je možné také podat 5-6 g Prednisonu denně po dobu 7-10 dnů a poté pozvolna klesat a dlouhodobě pokračovat v udržující dávce 15 mg ráno (Seidl, 2015). Při užívání kortikosteroidů může docházet ke změnám fyzickým i psychickým. Pacienti mohou pociťovat např. hořkost v ústech, slabost, bušení srdce, může dojít ke zhoršení deprese nebo k objevení euforie. Současně s kortikosteroidy je vhodné užívat blokátory protonové pumpy k ochraně trávicího traktu a nahrazovat draslík. Pokud je akutní ataka velmi těžká, polysymptomatická a neodpovídající na léčbu kortikosteroidy, přistupuje se k léčbě sérií plazmaferéz (Havrdová et al., 2015). Loma a Heyman (2011) uvádějí, že kortikosteroidy jsou v léčbě akutní ataky využívány posledních 50 let.

Dlouhodobá léčba má za cíl snížit počet atak a zpomalit progresy onemocnění (Seidl, 2015). Aby došlo ke zpomalení krátkodobé i dlouhodobé progresy onemocnění, je zapotřebí aktivní přístup lékaře, ale i aktivita a spolupráce ze strany pacienta (Vališ, Pavelka et al., 2018). Havrdová et al. (2015) popisuje důležitost specializované sestry při léčbě RS. Její nejdůležitější role spočívá v poskytování pomoci pacientům, jelikož jim pomáhá s pochopením nemoci a nutnosti léčby. Léčba RS je rozdělena na léčbu první a druhé linie. Léčba je nejčastěji zahájena imunomodulačním lékem první volby (Vališ, Pavelka et al., 2018). Mezi *léky první linie* patří interferony beta a glatiramer acetát. Ty jsou aplikovány injekční formou, nejčastěji subkutánně, třikrát týdně u pacientů s CIS a RR-RS. Předpokládá se, že dokáží zmírnit zánět. Mezi perorální léky se řadí teriflunomid, který se užívá jedenkrát denně a dimetyl fumarát užívající se zpravidla dvakrát denně (Šimůnková, 2018). Při nedostatečném účinku léku lze doporučit změnu v rámci léků první linie, nebo je provedena eskalace léčby do druhé linie (Vališ, Pavelka et al., 2018). Eskalace léčby by měla být provedena co nejdříve, a to již od zjištění neúčinnosti léčby první linie, jinak by mohlo dojít k poškození CNS, jako při neléčení pacienta s RS (Havrdová et al., 2015). Mezi *léky druhé linie* patří fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, daclizumab. Fingolimod je aplikován perorálně, zbylé léky jsou aplikována intravenózní formou. Nově schválenými léky je perorální kladribin a ocrelizumab, jenž je aplikován intravenózně (Šimůnková, 2018). Obě

linie léčby mají řadu nežádoucích účinků, proto je zapotřebí jejich intenzivní monitorace (Havrdová et al., 2015).

V léčbě RS je mimo jiné důležitá také *léčba symptomatická*. Ta sice nijak nemění prognózu onemocnění, za to však může zlepšit kvalitu života pacientů (Horáková a Ampapa, 2015). Vališ, Pavelka et al. (2018) řadí mezi projevy únavu, kognitivní poruchy, psychické změny, spasticitu, sfinkterové poruchy, bolest a poruchu chůze. Nově je v symptomatické léčbě využíván lék fampridin, jenž zlepšuje vedení demyelinizovanými vlákny a chůzi. V České republice dosud není hrazen zdravotními pojišťovkami. Nejobtížněji ovlivnitelným příznakem je únava, která neodpovídá na léčbu žádnými léky (Horáková a Ampapa, 2015). V symptomatické léčbě má velkou roli rehabilitace, ta by měla být pacientům poskytnuta v co nejkratší době, aby se předcházelo narušení tělesné funkce a aktivity pacienta. Pacienti s RS mohou využívat ambulantní nebo pobytová rehabilitační zařízení. Ambulantní rehabilitační cvičení je méně intenzivnější než rehabilitace v pobytovém zařízení. Pacienti s RS mohou využít i lázeňskou péči, na kterou mají nárok každé dva roky. Mezi lázeňská zařízení s dostatek zkušeností s diagnózou RS patří např. Teplice, Vráž, Klimkovice nebo Jánské Lázně. Při rehabilitační léčbě je velice důležitá aktivní spolupráce pacienta a pravidelný domácí trénink, díky kterému je udržována kondice a svalová funkce (Novotná, 2016).

1.9 Zařízení poskytující péči pacientům s RS

Zdravotnická péče o pacienty s RS je v České republice organizována na několika úrovních, do nichž patří praktičtí lékaři, spádový neurolog a specializovaná centra pro diagnostiku a léčbu RS (Vališ, Pavelka et al., 2018).

Jak již bylo zmíněno, jako první se pacienti se svými příznaky obrazejí na praktické lékaře. Praktický lékař má v péči o pacienty s RS důležitou roli, protože jako první může zvažovat diagnózu RS a významně tím ovlivnit prognózu a průběh léčby (Piřha, 2014). Po zahájení léčby se také podílí na sledování možných nežádoucích účinků, které mohou léčbu doprovázet (Vališ, Pavelka et al., 2018).

Další významnou roli hraje ambulantní neurolog. Stejně jako praktický lékař, je důležitý v diagnostice a dlouhodobé léčbě (Piřha, 2014). Dle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (2018) je v České republice 1018 ambulantních neurologických zařízení

(viz. Příloha 1), do kterých mohou být pacienti odesláni praktickými lékaři. Při závažnějších potížích a nutnosti hospitalizace na neurologickém oddělení je v České republice zaevidováno 100 zdravotnických zařízení (viz. Příloha 2), kde jsou neurologická oddělení (Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, 2018).

Nejdůležitější roli mají Centra pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy, ta se nazývají MS (z anglického názvu Multiple Sclerosis) nebo RS centra. V České republice je 15 MS center (viz. Příloha 3), ve kterých se odborníci zabývají diagnostikou a léčbou demyelinizačních onemocnění CNS (Nadační fond impuls, © 2018a). Vznik a provoz MS center je definován vyhláškou Ministerstva zdravotnictví z roku 1998 (Piřha, 2014). MS centra jsou zřizována jako specializovaná pracoviště v rámci zdravotnického zařízení. Je zde zajišťována základní i specializovaná diagnosticko-terapeutická péče o nemocné. Péče v MS centrech je multidisciplinární, zahrnuje klinické obory jako je neurologie, psychiatrie, urologie nebo rehabilitace (Nadační fond impuls, © 2018b).

Jediným lůžkovým zařízením v České republice je Domov sv. Jozefa v Žirči u Dvora Králového (Vališ, Pavelka et al., 2018). Je to specializované zdravotnické a sociální pobytové zařízení poskytující komplexní péči pacientům s RS již od roku 2001. Další možností pro pacienty s RS je využití terénní ošetrovatelské služby, která dopomáhá při péči v domácím prostředí nebo mohou využít pobytová zařízení, sociální lůžka, sociální odlehčovací pobyty a rehabilitační pobyty (Havrdová et al., 2015).

1.10 Ošetrovatelský proces u pacienta s RS

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální a cyklická metoda poskytování ošetrovatelské péče, použitelná ve všech typech zařízení jednotlivci, rodině nebo komunitě. Cílem je poskytovat ošetrovatelskou péči na základě intervencí, jež uspokojují jejich potřeby. Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny na podporu zdraví, jeho obnovení a pohodu, na dosažení nejvyšší možné kvality života a na zabezpečení klidného umírání a smrti (Tomagová, 2011). V České republice je ošetrovatelský proces prováděn v pěti, na sebe navazujících, fázích. Těmito fázemi jsou zhodnocení/posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová et al., 2014).

První fází je posuzování, při kterém dochází ke sběru, k ověřování, třídění a zaznamenávání získaných dat. Cílem této fáze je vytvoření souboru dat na aktuální či

potenciální zdravotní problémy (Tomagová, 2011). Všeobecná sestra (dále sestra) získává informace pomocí anamnestických údajů, fyzikálním vyšetřením, hodnotícími a měřícími škálami (Slezáková, 2014). Vzhledem k neustálé změně zdravotního stavu pacientů, musí být sběr dat systematický a nepřetržitý, tím se stává součástí všech fází procesu (Tóthová et al., 2014).

Druhou fází ošetřovatelského procesu je diagnostika (Tóthová et al., 2014). Při diagnostice sestra analyzuje získané informace a následně je formuluje do aktuálních či potenciálních ošetřovatelských diagnóz (Slezáková, 2014). Ošetřovatelská diagnóza je výsledkem pečlivého a systematického sběru dat (Tóthová et al., 2014). Mezinárodním standardem pro ošetřovatelské diagnózy je klasifikační systém dle NANDA International (Tomagová, 2011).

Po stanovení ošetřovatelské diagnózy nastává plánování ošetřovatelské péče. Plánování zahrnuje vytyčení cílů, kritérií a intervencí, které pomáhají k dosažení kontrétního cíle. Cíl by měl vést k prevenci, zmírnění nebo odstranění ošetřovatelského problému (Tomagová, 2011).

K propojení všech předešlých fází ošetřovatelského procesu slouží realizace. Dochází při ní k realizaci ošetřovatelských intervencí, které byly naplánovány a zaznamenány do plánu ošetřovatelské péče (Tóthová et al., 2014).

Poslední fází ošetřovatelského procesu je vyhodnocení, jež zjišťuje, zda došlo k naplnění stanoveného cíle. Při vyhodnocení sestra získává údaje, porovnává je se stanovenými kritérii, porovnává ošetřovatelské intervence s výsledky a popisuje zda došlo či nedošlo ke splnění cíle (Tomagová, 2011). V případě, že došlo k úspěšnému dosažení vytyčeného cíle, sestra navrhuje ukončení ošetřovatelských intervencí. V případě, že cíl splněn nebyl, musí dojít k přehodnocení, modifikaci či pokračování v ošetřovatelském plánu a intervencí (Slezáková, 2014).

1.11 Ošetřovatelská péče o pacienta s RS

Pacienti s onemocněním RS vyžadují multidisciplinární péči, jejíž nedílnou součástí je sestra. Pacienti se se sestrou setkávají již v ordinacích praktického lékaře a dále v nemocničních a ambulantních zařízeních, např. neurologického, urologického nebo oftalmologického oddělení (Vališ, Pavelka et al., 2018). Sestra se aktivně podílí především

na diagnostickém a léčebném procesu pacientů s RS. Role sester je důležitá především v MS centrech (Pitřha, 2014). Sestra se společně s lékařem podílí na diagnostických vyšetřeních, mezi které patří lumbální punkce, magnetická rezonance a evokované potenciály (Seidl, 2015).

Při lumbální punkci sestra připravuje potřebné pomůcky, pečuje o pacienta před výkonem a po jeho provedení. Potřebné pomůcky jsou připravovány dle zvyklostí oddělení, ale nejčastěji se připravují na sterilní stolek. Sestra připraví 2 punkční jehly pro případ, že by se vpich nepovedl, sterilní rukavice, sterilní tampony, desinfekci, sterilní lepení, dle ordinace lékaře lokální anestetikum, jehlu, injekční stříkačku, Claudův manometr pro případ měření tlaku mozkomíšního moku, sterilní zkumavky polepené štítkem, žádanky k vyšetření, emitní misku a kontejner na použité jehly (Sedlářová, 2015). Před výkonem sestra připravuje pacienta dostatečným poskytnutím informací o průběhu výkonu, významu a ošetření po něm. Během přípravy zjišťuje možné alergie na desinfekční přípravky a krycí materiál. Seznamuje pacienta s místem výkonu, jeho trváním a o poloze, v níž bude výkon vykonán. Dále sestra zajišťuje, aby pacient měl vyprázdněný močový měchýř, pravidelně dýchal a byla mu zajištěna intimita (Slezáková, 2014). Při samotném výkonu jsou zapotřebí minimálně 2 sestry. Jedna sestra asistuje lékaři a druhá sestra pomáhá pacientovi udržet správnou pozici, tj. buď poloha obkročmo na židli, vleže na boku s pokrčenými dolními končetinami a hlavou sehnutou ke kolenům, anebo poloha vsedě s hlavou v předklonu a lokty opřenými o kolena. Sestra asistující lékaři asistuje při široké desinfekci kůže, lokální anestezii a odběru moku do sterilních zkumavek (Sedlářová, 2015). Během výkonu sestra s pacientem komunikuje, uklidňuje ho a vybízí ho k normálnímu dýchání a uvolnění se. Po ukončení punkce sestra kryje místo vpichu sterilním krytím (Slezáková, 2014). Po výkonu je pacient uložen do polohy dle zvyklostí oddělení, na některých se ukládá pacient na prvních 30-60 minut do polohy na břicho a poté do polohy na zádech, jinde se ukládá ihned do polohy na zádech a leží tak až 24 hodin (Sedlářová, 2015). U pacienta sestra sleduje jeho celkový stav, kontroluje citlivost dolních končetin, všimá si postpunkčních potíží (bolest hlavy, nauzea, zvracení, porucha vědomí), měří fyziologické funkce a doplňuje pacientovi tekutiny. Potřebná je také edukace pacienta, že nesmí zvedat hlavu, vstávat a sedat si. Provedení výkonu následně sestra zaznamenává do dokumentace (Slezáková, 2014).

Před magnetickou rezonancí sestra podá pacientovi informace o vyšetření, ujistí ho, že vyšetření je nebolestivé a trvá 30-45 minut. Zajistí, že pacienti 4 hodiny před vyšetřením omezí příjem tekutin, např. na 100 ml/hod, a budou lačnit. Sestra zajistí, aby pacient na sobě neměl žádné snímatelné kovy, např. zubní protézy a šperky, ženy by neměly být nalíčené (NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s., © 2013).

Vyšetření zrakových evokovaných potenciálů provádí certifikovaná sestra. Příprava pacientů před vyšetřením nemá svá specifika. Sestra musí připravit prostředí, informovat pacienta o průběhu vyšetření a připravuje pomůcky k použití. Po vyšetření uklidí všechny použité pomůcky, vytiskne křivku a pacienta vybídne k umytí hlavy a odpočinku po vyšetření (Slezáková, 2014).

Velkou úlohu má sestra při edukaci pacientů. Sestra pomáhá pacientům a jejich rodinám zvládat a chápat proces nemoci, léčby a plánování možností, které vedou k remisi. Jelikož léčba spočívá především v injekční aplikaci léků, sestra pacienty edukuje o technice aplikací injekcí, možných vedlejších účincích léků a pomáhá jim překonávat strach např. z jehel a injekcí. Sestra dále monitoruje výsledky léčby, průběh relapsů a remisí (Burke, 2011). Verdun di Cantogno (2014) píše, že sestry se považují za nástroj, který pacientům pomáhá rozhodovat se mezi možnostmi léčby, které jsou nabízeny neurology.

Ošetrovatelská péče o pacienty s RS v pokročilejším stádiu vyžaduje výkony zaměřené na pacienty trpícími dekubity, problémy s vyprazdňováním, inkontinencí, problémy s polykáním, pitím, odkašláváním, spastickými končetinami atd. Musí se dbát na prevenci různých infekčních onemocnění, které by mohly být pro pacienty s RS závažné. Mezi sesterské výkony patří především podávání léků dle ordinace lékaře, komplexní hygienická péče, řešení spasmů, ošetrovatelská rehabilitace, péče o pokožku a dekubity, polohování, měření tlaku, péče o vyprazdňování, úprava stravy a její podávání (Havrdová et al., 2015).

1.11.1 Ošetrovatelská péče o hygienu a péči o pokožku u pacienta s RS

Hygienu člověka je základní biologickou potřebou. Je to péče o sebe sama. Je zcela individuální, protože závisí na hodnotách a návycích jednotlivce. Většina lidí vnímá hygienu jako výchozí a základní předpoklad pro pocit osobní pohody. Úroveň a zvládání hygieny je dáno věkem jedince, fyziologií kůže, nemocí a pohybovou aktivitou (Trachtová et al., 2013). Pacienti v pokročilejším stádiu jsou často imobilizováni a odkázáni tak na pomoc druhých.

Sestra pacientům v pokročilém stádiu nemoci poskytuje komplexní hygienickou péči a péči o kůži (Havrdová et al., 2015).

Schopnost pacientovi sebezpěče a schopnost naplnění potřeby hygieny, získá sestra pomocí anamnestických údajů a údajů z posuzovacích škál v první fázi ošetrovatelského procesu. K hodnocení stupně sebezpěče je využíván Barthelové test bazálních denních činností (ADL), díky kterému je sestra schopna posoudit základní aktivity každodenního života, mezi které patří právě i hygiena (Slezáková, 2014).

Stav pokožky sestra zjišťuje v první fázi ošetrovatelského procesu pomocí fyzikálního vyšetření. Pokožka se vyšetřuje pohledem, v některých případech i pohmatem. U pacientů s RS sestra sleduje na kůži barvu, zarudnutí, kožní turgor, kožní defekty a dekubity (Nejedlá, 2015). Riziko dekubitů a jejich výskyt je zvýšen u pacientů v pokročilém stádiu onemocnění, jelikož právě ti jsou často imobilizováni. Mezi důležité faktory pro jejich vznik patří věk, stav pokožky a svalů, ochrnutí těla, zapaření nebo macerace pokožky vlivem inkontinence a špatná výživa (Havrdová et al., 2015). Riziko vzniku dekubitů je hodnoceno pomocí hodnotící škály dle Nortonové (Vytejková et al., 2015).

V diagnostické fázi ošetrovatelského procesu může sestra stanovit ošetrovatelské diagnózy jako např. 00108 Deficit sebezpěče při koupání v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí, projevující se neschopností důkladného omytí; 00249 Riziko dekubitu v souvislosti s částečnou či úplnou imobilizací (NANDA International, 2015).

V péči o hygienu sestra dbá na intimitu a soukromí pacienta, připravuje hygienické pomůcky, dopomáhá pacientovi nebo ho nahrazuje při provádění jednotlivých hygienických úkonů. V péči o pokožku sestra kontroluje stav pokožky a zapisuje výsledky do dokumentace, minimalizuje vnější faktory, pečuje o hygienu pacienta i jeho lůžka, pravidelně polohuje, sleduje stav výživy a hydratace (Trachtová et al., 2013).

1.11.2 Ošetrovatelská péče o pohybovou aktivitu u pacienta s RS

Pohybová aktivita nemocného je zjišťována sestrou v první fázi ošetrovatelského procesu, pomocí anamnestických údajů, hodnotící škály ADL a fyzikálním vyšetřením. Zjištěné informace o pohybové aktivitě jsou následně zpracovávány v druhé fázi ošetrovatelského procesu, kde jsou formulovány do ošetrovatelských diagnóz (Slezáková, 2014).

Stanovené ošetrovatelské diagnózy mohou být např. 00088 Zhoršená chůze v souvislosti s onemocněním, projevující se zhoršenou schopností překonávat nerovnosti terénu; 00155 Riziko pádu v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí a používáním kompenzačních pomůcek (Slezáková, 2014). Mezi další ošetrovatelské diagnózy, které mohou být zjištěny v první fázi ošetrovatelského procesu, patří např. 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku; 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost; 00109 Deficit sebezpečie při oblékání; 00098 Zhoršené udržování domácnosti (NANDA International, 2015).

Pohybová inaktivita u pacientů s RS snižuje kondici a dochází tak ke zhoršování symptomů. Proto je velice důležité pacienty s RS motivovat k pohybové aktivitě, napomáhat jim a instruovat je ke správnému provádění vhodných pohybových aktivit. Mezi nejčastější pohybové poruchy u pacientů s RS se řadí porucha chůze, porucha rovnováhy a spasticita (Novotná, 2016).

U pacientů v pokročilejším stádiu RS dochází k imobilizaci, proto je velmi důležité, aby u nich byla zajišťována pohybová aktivita a polohování. Pacienti zauímají buď polohu aktivní, nebo polohu pasivní. Aktivní polohu zauímá člověk samostatně bez pomoci, naopak pasivní polohu zajišťuje u pacienta sestra (Trachtová et al., 2013). Vytejčková (2011) uvádí, že ve dne by se měla poloha pacienta měnit pravidelně po 2 hodinách a v noci po 3 hodinách.

Pacienti se zhoršenou chůzí často používají kompenzační pomůcky jako je opěrná hůl, berle nebo chodítko. Sestra učí pacienta, jak správně kompenzační pomůcky používat. Edukuje pacienta, jaká bezpečnostní opatření by měl dodržovat, aby nedošlo k pádu. Vypomáhá a radí pacientovi, jak upravit svoje domácí prostředí, motivuje a povzbuzuje ho k vykonávání pohybové činnosti (Slezáková, 2014).

Významnou součástí v komplexní zdravotnické péči o pacienty s RS je rehabilitace (Vališ, Pavelka et al., 2018). Rehabilitační a ošetrovatelská péče mají v neurologii velmi úzký vztah. Významnou součástí je spolupráce sestry s fyzioterapeutem, jelikož sestra je s pacientem více času než fyzioterapeut (Slezáková, 2014). Rehabilitace pozitivně ovlivňuje pohybovou aktivitu pacienta a ovlivňuje symptomy RS. Využívány jsou posilovací cviky, mobilizační cviky, jako např. nácvik chůze na běžícím pásu, aktivace hlubokého svalstva, stabilizační cviky, protahování nebo využití hydroterapie (Novotná, 2016).

1.11.3 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování u pacienta s RS

Pacienti s RS mají sfinkterové poruchy, se kterými souvisejí poruchy vyprazdňování moči i stolice. Poruchy související s vyprazdňováním moči, jako je inkontinence a retence, jsou více častější než poruchy vylučování stolice, mezi které patří zácpa, průjem nebo inkontinence (Vališ, Pavelka et al., 2018).

Sestra zhodnotí vylučování stolice a moči na základě zjištěných anamnestických údajů, fyzikálním vyšetřením břicha, charakteristikou stolice a vyšetřením moči. Dotazuje se na frekvenci vylučování, konzistenci stolice, barvu stolice a moči a na potíže v oblasti vylučování moči i stolice (Trachtová et al., 2013).

Na základě zjištěných informací a znalostí klinických příznaků RS sestra formuluje ošetrovatelské diagnózy, mezi které může patřit např. 00019 Urgentní inkontinence moči v souvislosti s poruchou močového sfinkteru, projevující se častým únikem moči.; 00011 Zácpa v souvislosti se sníženou střevní funkcí, projevující se bolestí břicha a plynatostí (Slezáková, 2014). Dále sestra může zjistit např. tyto ošetrovatelské diagnózy: 00110 Deficit sebezpečí při vyprazdňování; 00250 Riziko poruchy močového ústrojí; 00023 Retence moči; 0013 Průjem; 00014 Inkontinence stolice (NANDA International, 2015).

V péči o vylučování moči sestra pacientovi zajišťuje dostatečný čas a soukromí na močení. Pomáhá pacientovi regulovat množství přijatých tekutin, edukuje pacienta o využití inkontinenčních pomůcek (Slezáková, 2014). Dále sestra spolupracuje s fyzioterapeutem, který s pacientem provádí trénink využití svalů pánevního dna, kdy dochází k jejich aktivizaci i relaxaci (Novotná, 2016). Sestra může pacienta edukovat v oblasti intermitentní katetrizace močového měchýře. Tato metoda je využívána k vypouštění moči z močového měchýře zavedením jednorázového močového katetru. Předpokladem k provedení intermitentní močové katetrizace je soběstačnost a motorika rukou, která musí být před edukací sestrou zhodnocena (Vytejková et al., 2013).

V péči o vyprazdňování stolice sestra podporuje pravidelnou defekaci pacienta tím, že zajišťuje soukromí, výživu a příjem tekutin, motivuje pacienta k pohybu a polohování nebo u něj tyto činnosti zajišťuje. Při neúčinnosti nefarmakologických možností podává léky na ovlivnění vyprazdňování stolice dle ordinace lékaře (Trachtová et al., 2013).

1.11.4 Ošetrovatelská péče o výživu u pacienta s RS

Potíže související s příjmem potravy se dají zjistit pomocí anamnestických údajů, hodnotící škálou ADL, výživovou anamnézou a rozhovorem s pacientem v průběhu první fáze ošetrovatelského procesu (Trachtová et al., 2013). Díky hodnotící škále ADL se zjistí, zda má pacient potíže s příjmem stravy nebo tekutin, jaká je jeho chuť k jídlu a zda je v příjmu potravy omezován pohybovými obtížemi (Slezáková, 2014). Stav výživy se dá hodnotit na základě fyzikálního hodnocení a to pohledem nebo také výpočtem BMI (body mass index), při kterém zjistíme, zda je pacientova váha optimální k jeho výšce (Nejedlá, 2015). Havrdová et al. (2015) uvádí, že nadváha či obezita je pro pacienta s RS velmi nevýhodná. Nadváha pacienta zatěžuje a může aktivovat RS, jelikož tuková tkáň produkuje prozánětlivé faktory. Z toho důvodu by měla sestra pacienta edukovat o udržování optimální hmotnosti.

Mezi stanovené ošetrovatelské diagnózy může sestra zařadit např. 00102 Deficit sebezpečí při stravování v souvislosti s onemocněním, projevující se neschopností připravit si samostatně pokrm; 00103 Porušené polykání (NANDA International, 2015).

Pacientům s RS by měla být doporučována strava bohatá na bílkoviny, s převahou kvalitní zeleniny, menším množstvím ovoce a minimem jednoduchých cukrů a škrobů. Takovému typu stravování odpovídá Středomořská dieta. Pacientům trpícím zácpou se doporučuje strava bohatá na vlákninu nebo příjem minerálních vod (Havrdová et al., 2015).

Sestra by měla u pacienta pravidelně kontrolovat stav hmotnosti, provádět laboratorní testy dle ordinace lékaře, sledovat a nabádat pacienta k dodržování dietního opatření. Pokud je pacient nesoběstačný nebo imobilizován z důvodu pokročilého stádia RS, sestra mu pomáhá se stravováním (Trachtová et al., 2013).

1.11.5 Ošetrovatelská péče o pacienty s psychickými poruchami

O psychickém stavu pacienta jsou získávány informace v první fázi ošetrovatelského procesu. Informace o psychickém stavu pacienta lze získat z anamnestických údajů, rozhovorem, pozorováním nebo hodnotícími škálami. Pomocí hodnotících škál sestra zjistí předpokládaný problém pacienta. Ke zhodnocení psychického stavu pacienta se využívá Stupnice hodnocení psychického zdraví (Petr, Marková et al., 2014). Depresi u pacienta s RS lze zjistit pomocí Beckova dotazníku deprese. U pacientů s RS je velká pravděpodobnost

vzniku sebevražděného chování (Havrdová et al., 2015). Ke zhodnocení rizika slouží Hodnocení rizika sebevražděného chování. Ke zjištění kognitivních funkcí lze využít např. Test kreslení hodin (Petr, Marková et al., 2014). Nytrová et al. (2016) uvádí, že v posledních letech došlo k rozšíření neuropsychologických testů. Využívány jsou testy Multiple Sclerosis Functional Composite, Minimal Assessment of Cognitive Function in MS nebo Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis.

Na základě zjištěných informací od pacienta a z výsledků hodnotících škál, lze stanovit např. tyto ošetrovatelské diagnózy: 00146 Úzkost v souvislosti s onemocněním, projevující se roztěkaností.; 00241 Zhoršená regulace nálady v souvislosti s psychickými změnami, projevující se změnami verbálního projevu.; 00150 Riziko sebevraždy (NANDA International, 2015).

Při léčbě deprese u pacientů s RS sestra spolupracuje s psychologem či psychoterapeutem. Sestra by měla pacientům s RS, trpícím psychickými potížemi, dokázat poradit a doporučit, kde a kdy hledat odbornou pomoc (Tomanová, 2015). Ošetrovatelský personál by měl zajistit pacientům s RS trpícím psychickou poruchou, bezpečí, uspokojení základních potřeb a podávat léky dle ordinace lékaře. Jelikož může dojít k sebevražděnému chování, měl by být pacient uložen na pokoj blízko sesterny (Petr, Marková et al., 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit úlohu sester v ošetrovatelské péči o pacienty s roztroušenou sklerózou ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

Cíl 2: Zjistit rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienty s roztroušenou sklerózou ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

Cíl 3: Zmapovat zkušenosti pacientů s roztroušenou sklerózou s ošetrovatelskou péčí ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

Z cílů práce, byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaká je úloha sester v ošetrovatelské péči o pacienty s roztroušenou sklerózou ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienty s roztroušenou sklerózou ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou zkušenosti pacientů s roztroušenou sklerózou léčených ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

3 Operacionalizace pojmů

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza je autoimunitní zánětlivé onemocnění, které postihuje centrální nervový systém (Vališ, Pavelka et al., 2018). Zánětlivé procesy vedou ke ztrátě myelinového obalu axonů a ke ztrátě nervových vláken. Díky ničení nervových vláken dochází u nemocných k postupné invaliditě (Havrdová et al., 2015).

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je systém ošetrovatelských činností, které se týkají jednotlivců, rodin a skupin. Zaměřuje se na udržení, podporu, navrácení zdraví, na rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení a zajištění klidného umírání a smrti (Tóthová et al., 2014).

Ošetrovatelské intervence

Ošetrovatelské intervence jsou činnosti a zásahy sestry, které vedou k dosažení stanoveného cíle v ošetrovatelském procesu. K jejich naplnění dochází ve 4. fázi ošetrovatelského procesu (Slezáková, 2014).

MS centrum

MS centra se zabývají diagnostikou a léčbou demyelinizačních onemocnění. V centrech pracuje multidisciplinární tým, který zahrnuje jak klinické obory, tak i metody pomocné (Vališ, Pavelka et al., 2018).

4 Metodika

4.1 *Technika sběru dat a použité metody*

K dosažení vytyčených cílů bylo, ve výzkumné části této bakalářské práce, využito kvalitativního výzkumného šetření. Data byla získávána pomocí hloubkového rozhovoru s respondenty, za využití polostrukturalizovaných rozhovorů, které byly provedeny s všeobecnými sestrami z MS centra, standardního neurologického oddělení a s pacienty s RS.

Otázky v rozhovorech s všeobecnými sestrami z MS center (viz. Příloha 4) i ze standardního neurologického oddělení (viz. Příloha 5) byly rozděleny do 6 oblastí. Při rozhovoru s všeobecnými sestrami z MS center byly nejprve zjišťovány osobní údaje, informace o MS centru a pacientech s RS, průběh diagnostiky a léčby RS a následně způsob, jakým je poskytována ošetrovatelská péče. U sester ze standardního neurologického oddělení byly na začátku rozhovoru zjišťovány osobní údaje. Stejně jako u rozhovorů se všeobecnými sestrami z MS center, byl zjišťován výskyt a stav hospitalizovaných pacientů s RS, dále byly kladeny otázky zaměřující se na diagnostiku, léčbu RS a na poskytovanou ošetrovatelskou péči.

Rozhovor s nemocnými trpícími RS (viz. Příloha 6), byl dělen do 7 oblastí. Byly zjišťovány osobní údaje, začátek a průběh RS, dále byly zjišťovány informace o diagnostice a léčbě RS, o hospitalizaci a ošetrovatelské péči na standardním neurologickém oddělení a v MS centru. Na závěr byl zjišťován jejich celkový názor na ošetrovatelskou péči o pacienty s RS.

Rozhovory probíhaly osobním setkáním s respondenty, při kterém byl rozhovor zaznamenáván písemně nebo nahráván na záznamové zařízení. Všichni respondenti byli seznámeni s tématem a cíli bakalářské práce. Rozhovory byly uskutečněny po slovním i písemném souhlasu všech respondentů. Výzkumné šetření a rozhovory v nemocnicích se všeobecnými sestrami byly schváleny náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči a vrchními sestrami. Výzkumný vzorek pacientů byl vybírán po oslovení organizace Roska a pomocí Snowball techniky. Sběr dat pomocí metody sněhové koule je náhodný a je založen na doporučeních od počátečních respondentů (Dudovskiy, ©2019). Výzkumný vzorek všeobecných sester byl vybírán náhodně po oslovení tří nemocnic v České republice.

Získána data byla, po provedení rozhovorů, přepsána a vyhodnocována pomocí otevřeného kódování, metodou papír a tužka. Otevřené kódování umožňuje složení získaných údajů novým způsobem. Přepsaný rozhovor je rozdělen na jednotky, kterými může být slovo, věta nebo odstavec. Ke každé jednotce je následně přidělen kód neboli jméno nebo označení. Kód je většinou slovo nebo krátká fráze, která vystihuje danou sekvenci (Švaříček, Šedřová et al., 2007).

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 36 respondentů. Respondenty byly nemocní trpící RS a všeobecné sestry z MS centra a standardního neurologického oddělení.

Výzkumný soubor pacientů s RS byl tvořen 12 respondenty. Věková hranice pacientů s RS se pohybovala od 28 do 66 let. Průměrný věk byl 51,5 let. Z 12 oslovených pacientů jsou 3 pacienti v invalidním důchodu, 3 v důchodu, 5 je pracujících a 1 je v invalidním důchodu a zároveň i pracující.

Výzkumný soubor všeobecných sester z MS centra byl tvořen 12 respondenty. V kapitole 5 Výsledky budou sestry z MS centra označovány jako Sestry A1-A12. Věková hranice sester z MS centra se pohybovala od 28 do 63 let, průměrný věk byl 46,8 let. Z 12 oslovených sester z MS centra jich 9 má střední zdravotnické vzdělání, 2 vysokoškolské a 2 vyšší odborné vzdělání. Délka praxe ve zdravotnictví se pohybovala od 4 do 47 let a délka praxe v MS centru od 4 měsíců do 19 let, průměrná doba praxe v MS centru byla 7,22 let. Dřívější praxi na standardním neurologickém oddělení uvedlo 5 sester z MS centra.

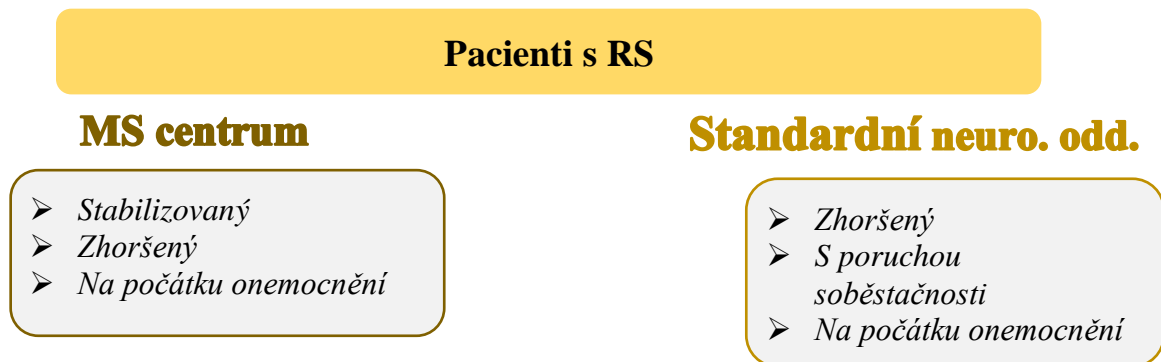
Výzkumný soubor všeobecných sester ze standardního neurologického oddělení tvořilo 12 sester, které budou v kapitole 5 Výsledky označovány jako Sestry B1-B12. Věk sester ze standardního neurologického oddělení se pohyboval od 27 do 59 let, průměrný věk byl 43,8 let. Z 12 oslovených sester má 8 střední zdravotnické vzdělání, 3 vysokoškolské a 1 vyšší odborné vzdělání. Délka praxe ve zdravotnictví se pohybovala od 5 do 40 let, průměrná praxe ve zdravotnictví byla 22 let. Uvedená doba praxe na standardním neurologickém oddělení se pohybovala od 3 do 20 let, průměrná doba byla 9,8 let.

5 Výsledky

5.1 Výsledky z rozhovorů se všeobecnými sestrami z MS centra a standardního neurologického oddělení

Kategorie 1 – Pacienti s RS

Schéma 1 – Kategorie Pacienti s RS



Na základě analýzy dat byla stanovena kategorie *Pacienti s RS*, jejíž cílem je zjistit, v jakém stavu jsou pacienti léčeni v MS centru a jaký je stav pacientů hospitalizovaných na standardním neurologickém oddělení. Získaná data byla analyzována a poté zakódována do výrazů vystihujících odpovědi (viz. Schéma 1).

Z odpovědí sester z MS centra vyplývá, že do MS centra docházejí pacienti, kteří jsou na počátku onemocnění a nemoc u nich nově propukla (Sestry A4, A5, A6, A7, A13). Sestra A4 uvádí: „Většinou přicházejí mladí pacienti před zahájením léčby.“ Všechny sestry z MS centra se shodly, že pacienti jsou většinou ve stabilizovaném stavu. Sestry A2, A3, A4, A8, A9 a A11 uvádí, že do MS centra docházejí i pacienti, u kterých se stav akutně zhoršil. Sestra A3 uvádí: „Do MS centra přicházejí pacienti v různém stavu, 50 % jsou stabilizovaní pacienti a 50 % zhoršení s neurologickými potížemi.“

Sestry ze standardního neurologického oddělení (dále jen sestry z oddělení) naopak uvádějí, že stav hospitalizovaných pacientů je nejčastěji zhoršený. Pacienti mají poruchu hybnosti a s tím související poruchu soběstačnosti. Sestra B2 hodnotí: „Pacient je dekompenzován, nejčastěji s infektem močových cest, je nesoběstačný ve všem z pohledu ošetrovatelské péče.“ Sestry B1, B5 a B12 také uvedly, že na oddělení jsou hospitalizováni pacienti na počátku onemocnění, kdy se provádí diagnostika. Sestra B12 potvrzuje: „Na oddělení máme hospitalizované pacienty s roztroušenou sklerózou většinou na začátku onemocnění, kdy jim je prováděna diagnostika.“

Kategorie 2 – Diagnostika RS

Schéma 2 – Kategorie Diagnostika RS

Diagnostika RS

MS centrum

Standardní neuro. odd.

Diagnostika

- *Probíhá*
- *Neprobíhá*
- *Probíhá jen zřídka*

- *Probíhá*

Diagnostická metoda

- *Lumbální punkce*
- *Odběr krve*
- *Neurologické vyšetření*
- *Magnetická rezonance*
- *Evokované potenciály*
- *Oční koherentní tomografie*

- *Lumbální punkce*
- *Odběr krve*
- *Neurologické vyšetření*
- *Magnetická rezonance*
- *Evokované potenciály*
- *CT*

Úloha sestry

- *Asistence lékaři*
- *Edukace*
- *Podpora*
- *Práce s biologickým materiálem*
- *Administrativní činnost*
- *Zařizování vyšetření*

- *Asistence lékaři*
- *Edukace*
- *Podpora*
- *Práce s biologickým materiálem*
- *Příprava pacienta*
- *Spolupráce s MS centrem*
- *Zařizování vyšetření*

Kategorie *Diagnostika RS* byla po analýze dat rozdělena do 3 podkategorií: diagnostika, diagnostická metoda a úloha sestry. Cílem kategorie je zjistit, zda v MS centru a na oddělení probíhá diagnostika RS. Pokud ano, tak jaké diagnostické metody jsou využívány a jaká je

úloha sestry při diagnostice RS. Zjištěná data byla podrobena analýze a následně zakódována do výrazů, které vystihují odpovědi (viz. Schéma 2).

Podkategorie *Diagnostika* zjišťuje, zda v MS centru a na oddělení diagnostika RS probíhá. Z odpovědí sester z MS centra vyplývá, že ve většině případů diagnostika prováděna je (Sestry A5, A7, A8, A9, A10, A11 a A12). Sestry A1, A2, A4 a A6 uvádějí, že u nich v MS centru provádějí diagnostiku jen zřídka. Sestra A6 uvádí: „*V současnosti spíš ne, jen ve výjimečných případech.*“ Pouze Sestra A3 dokládá: „*Diagnostika neprobíhá, pacienti jsou již diagnostikováni.*“ Na rozdíl od sester z MS centra, všechny sestry z oddělení uvedly, že diagnostika probíhá.

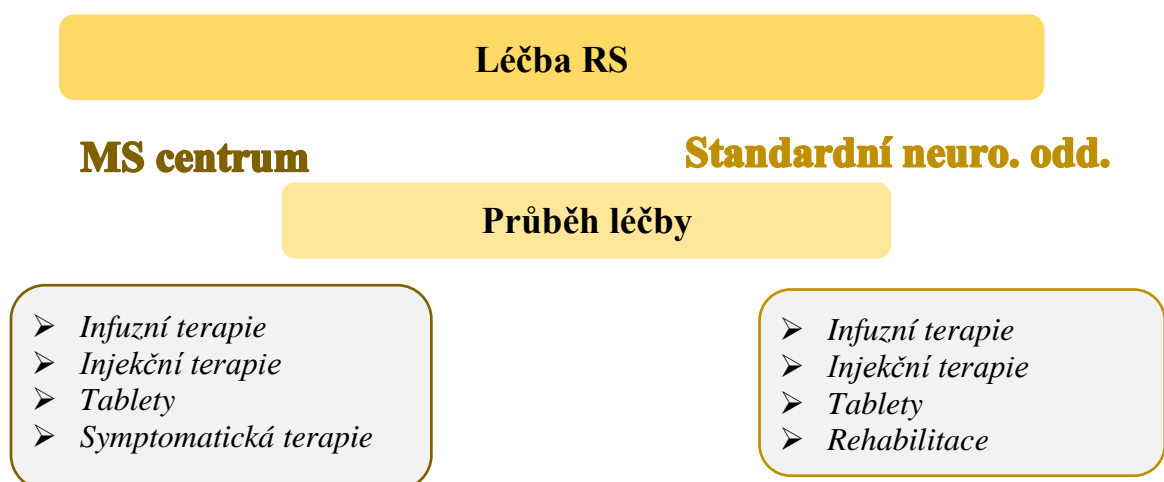
Podkategorie *Diagnostická metoda* se zaměřuje na diagnostické metody, které jsou využívány při diagnostice RS v MS centru a na oddělení. Z odpovědí všech sester (A1-12, B1-12) vyplývá, že v MS centru a na oddělení jsou využívány invazivní, neinvazivní a zobrazovací diagnostické metody. Všechny sestry z MS centra, kromě Sestry A3, ve svých odpovědích uvedly, že je u nich prováděna lumbální punkce. Mezi další invazivní výkony prováděné v MS centru patří odběry krve (Sestry A7, A8, A9, A10, A12). Sestra A8 uvádí: „*Provádíme lumbální punkci a odběry krve.*“ Provádění lumbální punkce k diagnostice RS uvedly také všechny sestry z oddělení kromě Sestry B8. Sestry B2 a B12 jako jediné uvádějí, že k diagnostice je u nich na oddělení prováděn také odběr krve. Některé sestry z MS centra a z oddělení uvádějí jako další metodu provedení neurologického vyšetření (Sestry A5, A7, A8, A9, A10, A11, B7, B8). Sestra B8 zmiňuje: „*V rámci neurologického vyšetření je pacientům prováděno EEG vyšetření.*“ Sestry B2, B5, B6, B9 navíc uvádějí, že na oddělení je pacientům prováděno i oční vyšetření. Nejčastěji používanými zobrazovacími metodami jsou, dle odpovědí sester, magnetická rezonance (dále MR), evokované potenciály (dále EP), oční koherentní tomografie (dále OCT) a CT vyšetření. Sestry A1, A2, A4, A5, A6, a A12 uvádějí, že v MS centru provádí MR. Provedení EP dokládají Sestry A1, A2, A4, A6, A7, a A8. Sestry A4, A6, A7, A8, A10, a A12 navíc uvádějí, že je u nich prováděno vyšetření OCT. Všechny sestry z oddělení se shodly, že při hospitalizaci je pacientům prováděna MR. Sestra B8 jako jediná uvádí: „*Při hospitalizaci je pacientům prováděno CT a magnetická rezonance.*“

Podkategorie *Úloha sestry* se zabývá tím, jaká je role sester při diagnostice RS. Z odpovědí sester z MS centra i oddělení vyplývá, že hlavní úlohou sestry je asistence lékařů

(Sestry A2, A4, A6, A7, A8, A10, A12, B1, B2, B3, B4, B5, B7, B8, B10, B12). Některé sestry z obou zařízení dále uvedly, že při diagnostice je jejich úlohou edukace pacienta (Sestry A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, B2, B7, B10, B11, B12) a také podpora při výkonu (Sestry A6, A8, A9, A10, B6, B7, B9, B12). Sestra A5 uvádí: „*Při diagnostice pacienty edukuji o nemoci.*“, Sestra A7 dodává: „*Při diagnostice je důležitá edukace pacienta a empatie.*“ Sestra B7 říká: „*Pacienty edukuji o provedené diagnostické metodě a při výkonu a sdělení diagnózy je podporuji a jsem jim oporou.*“ Dále se sestry z obou zařízení shodly na tom, že pracují s biologickým materiálem. Sestry A7, A8, A10 uvedly, že biologický materiál odebírají a následně dále zpracovávají. Sestry B1, B2, B5, B8 a B12 uvedly, že zajišťují odběr biologického materiálu. Mezi další společnou úlohu sestry patří zařizování dalšího vyšetření. Sestry A1, A6 potvrdily, že pacientům zajišťují objednávání na potřebná diagnostická vyšetření. Zasilání na potřebná diagnostická vyšetření v rámci hospitalizace uvádí pouze Sestra B1. Pouze Sestry A7, A8 dokládají, že při diagnostice provádějí administrativní činnosti. Na rozdíl od sester z MS centra, úloha sester u hospitalizovaných pacientů s RS spočívá také v přípravě pacienta k diagnostickému výkonu (Sestry B4, B8, B10, B12). Sestra B5 ještě uvádí: „*Při diagnostice také spolupracujeme s MS centrem.*“

Kategorie 3 – Léčba RS

Schéma 3 – Kategorie Léčba RS



Úloha sestry

- *Ošetrovatelské činnosti*
- *Práce v kolektivu*
- *Administrativní činnosti*
- *Edukace*
- *Podpora/Motivace*

- *Ošetrovatelské činnosti*
- *Podpora/motivace*
- *Spolupráce s RHB pracovníky*
- *Edukace*

Kategorie Léčba RS byla vytvořena na základě analýzy dat z odpovědí sester z MS centra a sester z oddělení. Odpovědi byly následně zakódovány a rozděleny do 2 podkategorií: průběh léčby a úloha sestry (viz. Schéma 3). Cílem kategorie je zjistit, jakým způsobem probíhá léčba pacientů s RS v MS centru a na oddělení a jakou roli mají sestry v léčbě pacientů s RS.

Podkategorie *Průběh léčby* se zaměřuje na druh léčby, který je pacientům s RS poskytován. Z odpovědí sester z obou zařízení vyplývá, že pacienti s RS mají infuzní, injekční či tabletovou léčbu, která je doplněna o léčbu symptomatickou. Léčba pacientů je indikována na základě prognózy a vývoje onemocnění. Všechny sestry z MS centra uvedly, že pacientům jsou podávány léky infuzní cestou. To samé uvedly všechny sestry z oddělení kromě Sestry A8. Léčbu pomocí injekční aplikace neuvedla pouze Sestra A7, ostatní sestry z MS centra tento typ aplikace léků uvádějí. Sestry B6, B8, B9 a B12 uvádějí, že u hospitalizovaných pacientů probíhá injekční léčba. Některé sestry z obou zařízení se také shodly na tom, že pacienti jsou léčeni pouze tabletovou formou (Sestry A1, A3, A5, A6, A8, A12, B4, B5, B6, B7, B9, B12). Sestra B6 uvádí: „*Na našem oddělení probíhá u pacientů infuzní terapie, kdy je podáván např. Solumedrol, Mabithera apod. Dále dáváme léky per os nebo se aplikují injekce subkutánně.*“ Sestry A4, A9 uvádějí, že v MS centru dochází také k symptomatické léčbě. Sestra A4 potvrzuje: „*V MS centru probíhá také symptomatologické ovlivnění spasticity, rehabilitační a psychoterapeutická podpora.*“ Naopak Sestry B2, B4, B7, B10 a B12 oponují, že na oddělení probíhá jen rehabilitační léčba.

Podkategorie *Úloha sestry* zjišťuje, jakou roli má sestra při léčbě pacientů s RS. Sestry z obou zařízení uvedly, že v rámci léčby provádějí ošetrovatelské činnosti, a to hlavně aplikaci léků a s tím související zavádění periferní žilní kanyly (PŽK) (Sestry A3, A4, A7, A8, A10, A11, A12, B1-B12). Mezi další uvedenou ošetrovatelskou činností patří odběr

biologického materiálu (Sestry A1, A8, A10, A11 a B1). Sestry A7, A10, A11 k tomu uvedly, že při aplikaci léků sledují celkový stav pacienta a monitorují jeho fyziologické funkce. Monitorování fyziologických funkcí při hospitalizaci uvedla pouze Sestra A12: „*Při aplikaci infuzní terapie, většinou se jedná o biologickou léčbu, sledujeme každých 30 minut tlak, pulz a teplotu pacienta.*“ Mezi další shodnou odpověď sester z MS centra a z oddělení patří podpora a motivace v probíhající léčbě (Sestry A5, A6, A8, A9, A10, A11, A12, B2, B6, B8, B10, B11). Sestra A5 k tomu uvádí: „*Důležitá je motivace pro další aktivity ve smyslu cvičení a psychoterapie.*“ Sestra B6 naopak říká: „*Při léčbě roztroušené sklerózy je důležitý kontakt s pacientem a psychická podpora.*“ Všechny sestry z MS centra dále uvedly, že jejich hlavní rolí v léčbě je edukace pacienta. Edukaci na oddělení uvedly pouze Sestry B7 a B10. Další společnou činností je práce v kolektivu. Pouze Sestry A8, A10, A11 uvedly, že v MS centru je jejich úkolem spolupráce s lékařem i ostatními členy multidisciplinárního týmu a následná koordinace všech členů. Sestra A8 potvrzuje: „*Mým úkolem je spolupráce s dalšími členy týmu, to znamená s psychologem, fyzioterapeutem a lékařem. Koordinace všeho a všech.*“ Sestry z oddělení uvádějí, že při léčbě spolupracují jen s rehabilitačním pracovníkem (Sestry B3, B5, B8, B12). Pouze sestry z MS centra ve svých odpovědích uvedly, že jejich dalším úkolem při léčbě pacientů s RS je administrativní práce (Sestry A7, A9), která zahrnuje i objednávání (Sestry A1, A6, A8, A12). Sestry A3, A5 navíc uvedly, že s pacienty řeší různé problémy, které vznikly v souvislosti s podávanou léčbou.

Kategorie 4 – Ošetřovatelská péče

Schéma 4 – Kategorie Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče

MS centrum

- *Aplikace léků*
- *Práce s biologickým materiálem*
- *Měření FF*
- *Edukace*
- *Nejsou potřeba*

Standardní neuro. odd.

- *Aplikace léků*
- *Zjištění soběstačnosti*
- *Komplexní ošetřovatelská péče*

Na základě analýzy dat byla vytvořena kategorie *Ošetrovatelská péče*. Cílem této kategorie je zjistit, jaké výkony jsou pacientům s RS poskytovány v rámci ošetrovatelské péče v MS centru a na oddělení. Z nejčastějších odpovědí sester byly následně vytvořeny kódy, které jsou znázorněny ve Schématu 4.

Všechny sestry z MS centra i z oddělení se shodly, že mezi ošetrovatelské výkony, které u pacientů vykonávají, patří aplikace léků, s níž souvisí zavádění PŽK, příprava infuzí a ordinovaných léků. Sestra A2 k tomuto dokládá: „*Když skončí infuze, odstraním kanylu a zajistím péči o místo vpichu.*“ Naopak Sestra B1 uvádí: „*Zajistím vhodnou polohu při podávání léků per os, pokud je lék podáván i.v. je potřebná prevence zánětu.*“ Sestry A7, A8, A9, A11, A12 uvádějí, že v MS centru provádějí měření fyziologických funkcí pacientů s RS. Dalším ošetrovatelským výkonem, který je vykonáván v MS centru je práce s biologickým materiálem, do které patří jeho odběr i následné zpracování (Sestry A6, A7, A8, A10, A11, A12). Sestra A8 říká: „*V rámci ošetrovatelské péče provádím odběr krve a moči, následně zajišťuji zpracování tohoto biologického materiálu.*“ Nejvíce udávaným výkonem v rámci poskytování ošetrovatelské péče, byla edukace. Zaučování injekční aplikace léků uvedly všechny sestry z MS centra. Sestra A3 uvádí: „*Sestra má nezastupitelnou roli v edukaci, kdy je potřeba pacienty naučit správné a včasné aplikaci léků.*“, podobné udává i Sestra A11: „*Zaučuji při aplikaci léků, které si pak aplikují doma.*“ Dalšími oblastmi, jež jsou tématem edukace, je hygienická péče (Sestry A4, A7, A8, A9, A10, A11, A12), s níž souvisí edukace o péči o pokožku, kterou uvádí všechny sestry z MS centra kromě Sestry A6. Sestra A4 uvádí: „*Edukuji o základních zásadách hygieny, aby pacienti nechodili mezi ostatní pacienty s virózou nebo infekcí a používali roušky.*“ Naopak Sestra A8 dodává: „*Poučuji o důležitosti dodržování hygienických zásad při autoaplikaci injekcí.*“ Sestra A9 navíc říká: „*Důležitost hygienické péče zmiňuji hlavně u pacientů inkontinentních a se zvýšeným stupněm EDSS.*“ Péče o pokožku, dle odpovědí, zahrnuje promazávání (Sestry A1, A2, A3, A9, A11), péči o pokožku před aplikací léku (Sestry A4, A5, A9, A8), péči o místa vpichu (Sestry A4, A7, A8, A10, A12) a řešení komplikací (Sestry A7, A8). Edukaci v oblasti stravování neuvádí pouze Sestry A5 a A6. Sestra A3 uvádí: „*V našem MS centru provádíme edukaci o správnosti zdravé výživy v rámci podpory terapie.*“ Sestra A7 navíc při edukaci potvrzuje důležitost pitného režimu, příjem stravy bohaté na vlákninu a vitaminy. Sestra A11 navíc zmiňuje: „*Vysvětlujeme důležitost nasídat se před infuzí.*“ Sestry A4, A7, A8, A9, A10, A12 uvádějí,

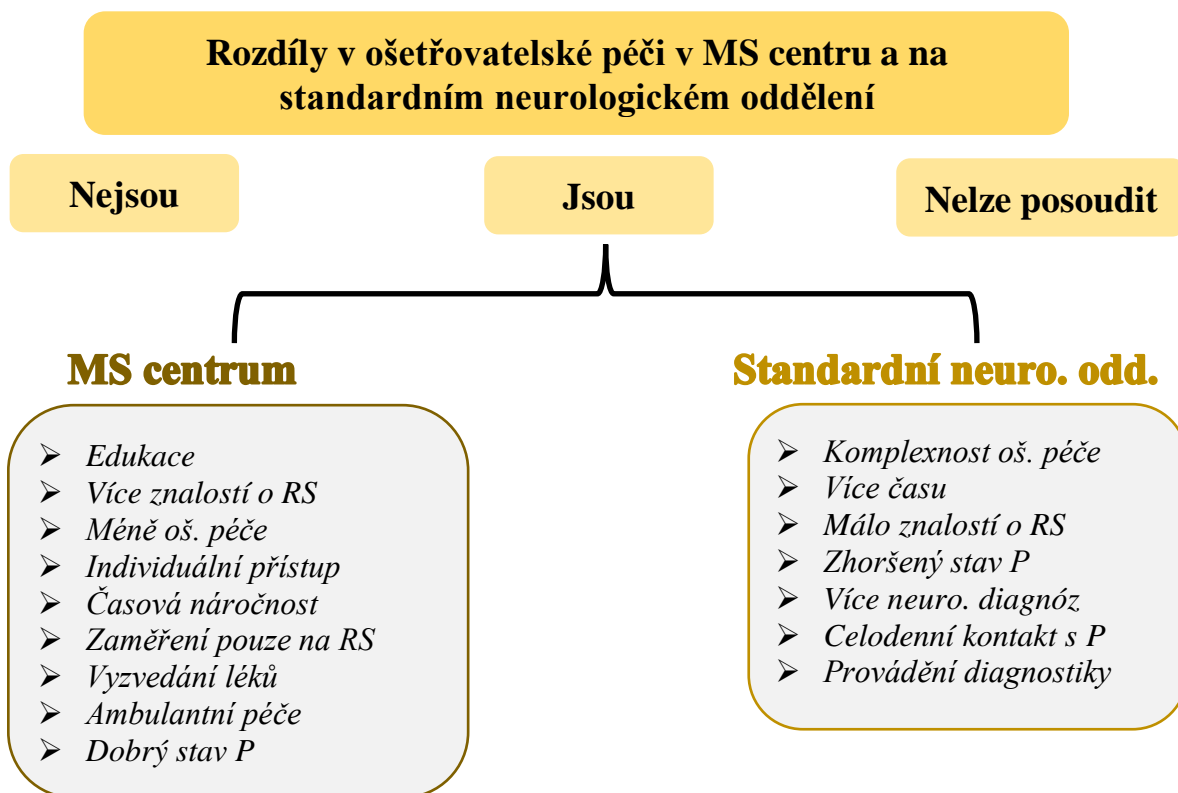
že v MS centru provádějí edukaci v oblasti péče o vyprazdňování. Doporučují zvýšit příjem vlákniny, dostatečný pitný režim a pohybovou aktivitu. Sestra A8 navíc udává: „*Při inkontinenci nebo retenci moči doporučujeme návštěvu urologa.*“ Edukaci v oblasti rehabilitačního cvičení uvádějí všechny sestry kromě Sestry A7 a A11. Sestra A9 uvádí: „*Pacienty informujeme o nutnosti cvičení a vysvětlujeme, proč je pohyb přínosem.*“ Naopak Sestra A7 dodává: „*Edukace v oblasti rehabilitace a polohování je v kompetenci rehabilitační sestry v našem MS centru.*“ To samé říká i Sestra A11: „*Máme vlastní rehabilitaci, tuto edukaci provádějí naši rehabilitační pracovníci.*“ Sestry A3 a A4 navíc edukují i o polohování. Sestra A4 uvádí: „*U ležících pacientů edukujeme o polohování spíše členy rodiny. Říkáme jim, jaké pomůcky by měli k polohování využívat.*“ Pouze Sestry A1 a A3 uvádějí, že ošetrovatelské výkony v MS centru nejsou téměř potřeba. Sestra A5 navíc dodává: „*Ošetrovatelské činnosti jsou poskytovány v rámci individuálních potřeb pacientů.*“

Naopak od různorodých odpovědí sester z MS centra, z odpovědí sester z oddělení vyplývá, že poskytovaná ošetrovatelská péče je komplexní. Všechny sestry uvedly, že je potřebné zjistit míru soběstačnosti, od které se odvíjí následné ošetrovatelské činnosti. Mezi poskytované ošetrovatelské činnosti sestry zařadily dopomoc při pohybu, hygienickou péči, péči o vyprazdňování a pokožku, dopomoc při stravování a další potřebné činnosti dle individuálních potřeb pacienta s RS. K hygienické péči např. Sestra B3 uvádí: „*Záleží na stavu pacienta, zajišťujeme buď velkou hygienu na lůžku, nebo pouze doprovod do sprchy.*“ Sestra B5 navíc upřesňuje: „*Hygienu se odvíjí dle Barthel testu...*“ V rámci stravování se sestry shodly, že jídlo pacientům připravují. Pokud je pacient nesoběstačný, nakrmí ho. Částečně soběstačnému pacientovi je poskytnuta dopomoc. Péče o vyprazdňování zahrnuje dopomoc na WC nebo přinesení podložní mísy, prevence zácpy, zavedení a péče o permanentní močový katetr, sledování stolice a moči. Sestra B2 k tomu uvádí: „*Zajišťujeme pravidelnou výměnu plen, denně kontrolujeme stolicí a včas vyměňujeme močovou cévku.*“, naopak Sestra B3 dodává: „*Dbáme na zvýšenou hygienu, provádíme jednorázové cévkování ke kontrole rezidua a pečujeme o močovou cévku.*“ Pouze Sestra B7 říká: „*Zajišťujeme vhodnou stravu a vhodné cvičení k ovlivnění močové inkontinence.*“ Péče o pokožku souvisí i s prevencí dekubitů a případnou péčí o dekubity již vzniklé. Sestry uvádějí, že pokožku promazávají a pravidelně kontrolují. Sestra B9 uvádí: „*U pacientů s RS denně kontrolujeme stav pokožky a po hygieně ji promazáváme.*“ Prevence dekubitů je

zajišťována díky pravidelnému polohování a promazávání predilekčních míst. Sestra B1 uvádí: „Preventivně aplikujeme Mepilex na sacrum a u každého pacienta hodnotíme riziko vzniku dekubitu dle Norton skóre.“

Kategorie 5 – Rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení

Schéma 5 – Kategorie Rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení



Kategorie Rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení vznikla na základě analýzy dat získaných od sester. Cílem je zjistit, zda sestry z MS centra a z oddělení vnímají nějaké rozdíly v poskytované ošetrovatelské péči, pokud ano, jaké rozdíly to jsou. Získaná data byla následně zakódována do nejčastějších odpovědí (viz. Schéma 5).

Sestry A2, A12, a B11 uvádějí, že žádné rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na oddělení nevnímají. Sestry A7, B8 a B10 uvedly, že odlišnosti nedokáží posoudit. Sestra A7 říká: „Nikdy jsem na standardním neurologickém oddělení nepracovala, takže nedokážu

rozdíly na 100 % posoudit, určitě ale jsou.“, přesto rozdíl popsal. Stejně tak dokládá i Sestra B8 a B10: *„Nevím, na centru nepracuji a nikdy jsem nepracovala.“* Zbytek sester z obou zařízení rozdíl vnímá a dokáže je popsat (Sestry A1, A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A11, B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B9, B10).

Sestry A3, A4, A8, A9, A10 uvádějí, že v MS centru jsou sestry více informované o roztroušené skleróze. Sestra A4 dokládá: *„Sestra v RS centru se neustále školí, dostává nejnovější informace ohledně léčby na rozdíl od sestry na lůžkovém neurologickém oddělení.“* Sestra A8 souhlasí a zmiňuje, že sestry na oddělení mají méně informací o nemoci, dodává: *„Na neurologickém oddělení jsem neměla dostatek informací, které bych pacientovi mohla poskytnout. V RS centru mám mnohem hlubší znalosti o problematice, mohu pacienta edukovat s pocitem, že mu podávám ty nejaktuálnější informace.“*

Jako další rozdíl vnímají sestry odlišnost ve stavu pacientů docházejících do MS centra a těch, co jsou hospitalizováni. Sestry B1, B5, B7, B9 a B12 potvrzují, že v MS centru sestry mají pacienty soběstačné, a naopak na oddělení je péče zaměřena na nesoběstačné a imobilní pacienty (Sestry A8, B1, B5, B6, B7, B9). Sestra B1 k tomu uvádí: *„Na neurologickém oddělení jsou hospitalizováni nesoběstační ležící pacienti na rozdíl od MS centra, kam dojíždějí soběstační nebo částečně soběstační pacienti.“* Se stavem pacientů souvisí také škála poskytované ošetrovatelské péče. Sestry A3 a A10 udávají, že v MS centru poskytují menší škálu ošetrovatelské péče. Sestry A3, A8, A10, B2, B6, B7 a B9 potvrzují, že na oddělení je poskytována široká škála ošetrovatelské péče. Sestra B6 uvádí: *„Na standardním oddělení jsou pacienti často imobilní, z toho důvodu je poskytována péče o ně náročnější a složitější.“* Pouze sestra A11 zmiňuje rozdíl v rozsahu neurologických diagnóz: *„MS centrum se zaměřuje pouze na roztroušenou sklerózu, kdežto na oddělení jsou pacienti s dalšími neurologickými diagnózami.“*

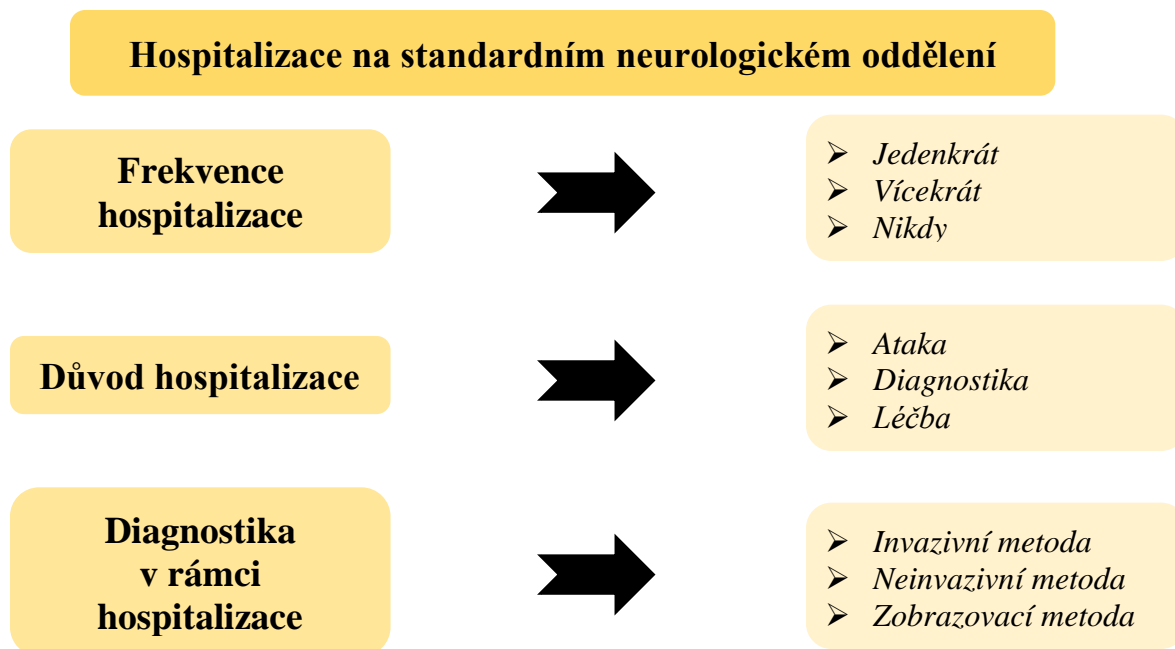
Sestry dále uvádějí, že MS centrum cílí hlavně na edukační činnost o RS, která není na oddělení typická (Sestry A1, A7, A10, A11 a B7). Sestra A11 dodává: *„Je tu specifická edukace, která je zaměřena pouze na roztroušenou sklerózu.“* Sestra B7 potvrzuje: *„V MS centru probíhá hlavně edukační činnost.“* Sestra A1 navíc dokládá: *„Pacienti se zde zaučují a fasují nové léky.“* Sestry A5 a A6 uvádějí, že v MS centru poskytují pacientům zcela individuální péči. Sestry A7 a A11 říkají, že péče o pacienty s RS je v MS centru časově náročná, naopak na oddělení mají sestry na poskytování péče dostatek času (Sestry A7 a B9).

Sestra B4 zmiňuje, že na oddělení jsou, na rozdíl od sester v MS centru, s pacientem v celodenním kontaktu. Sestry A1, B3, B4, B9 a B12 vidí rozdíl v typu zařízení. Sestra A1 uvádí: „*MS centrum poskytuje ambulantní péči.*“ Sestra B12 navíc dodává: „*MS centrum poskytuje ambulantní péči. Chodí k nám většinou pacienti, kteří potřebují péči akutní.*“ Sestra A1 jako jediná uvedla, že z MS centra odesílají pacienty na oddělení, kde je prováděna lumbální punkce, jelikož v MS centru ji nedělají.

5.2 Výsledky z rozhovorů s pacienty s RS

Kategorie 6 – Hospitalizace na standardním neurologickém oddělení

Schéma 6 – Kategorie Hospitalizace na standardním neurologickém oddělení



Kategorie *Hospitalizace na standardním oddělení* se zabývá průběhem hospitalizace na standardním neurologickém oddělení. Odpovědi pacientů byly podrobeny analýze, která umožnila nejčastější odpovědi zakódovat do jednotlivých výrazů (viz. Schéma 6). Kategorie zahrnuje 3 podkategorie: frekvence hospitalizace, důvod hospitalizace a diagnostika v rámci hospitalizace.

Cílem podkategorie *Frekvence hospitalizace* je zjistit, jak často a zda vůbec byli pacienti s RS hospitalizováni. Z odpovědí vyplývá, že nejvíce pacientů bylo na neurologickém oddělení hospitalizováno několikrát. P1 uvádí: *Na neurologii jsem byla hospitalizovaná asi*

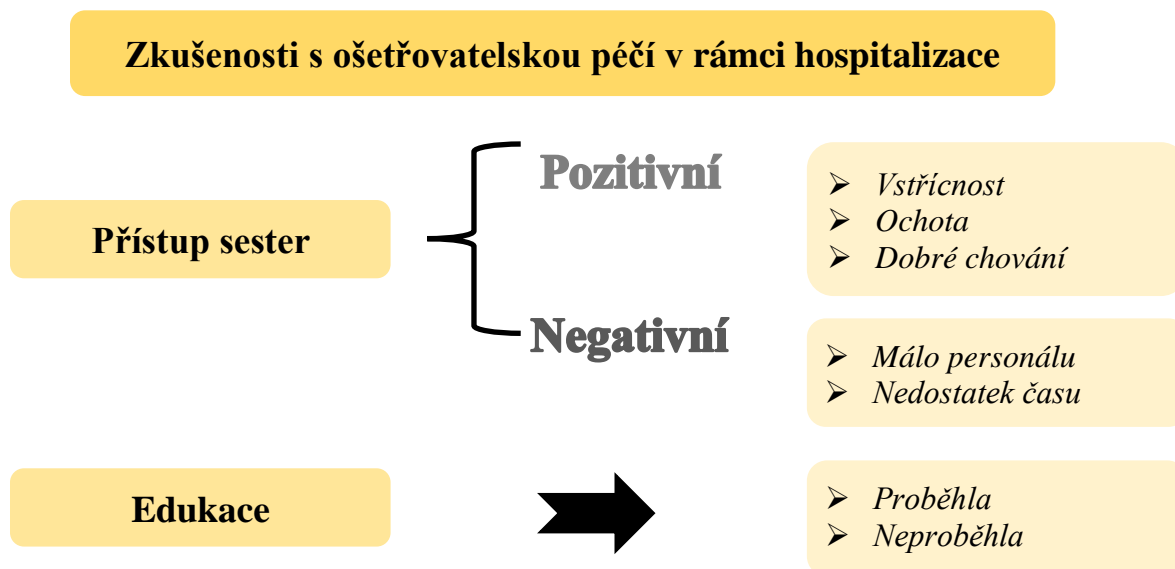
tak 10krát.“ Naopak P3 a P5 byli na neurologickém oddělení hospitalizováni pouze jednou. Na rozdíl od ostatních pacientů, P2 a P9 nebyli nikdy hospitalizováni.

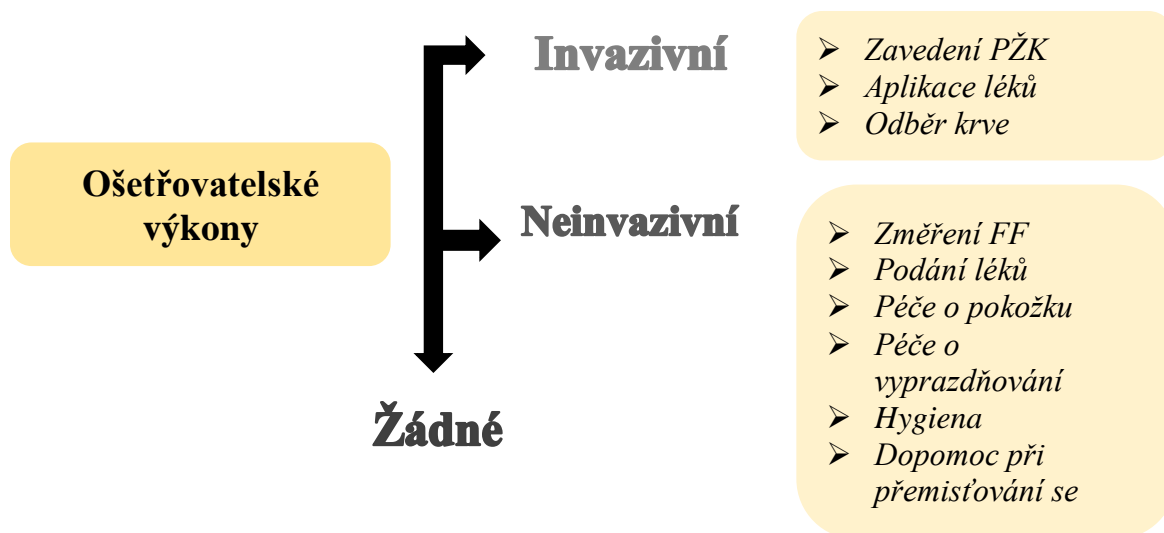
Podkategorie *Důvod hospitalizace* má za úkol zjistit, z jakého důvodu byli pacienti s RS na neurologickém oddělení hospitalizováni. Nejčastějším důvodem hospitalizace bylo zhoršení stavu a prodělání ataky (P1, P4, P6, P8, P10, P11 a P12). P1 zároveň uvedl, že byl na oddělení hospitalizován jak z důvodu ataky, tak za účelem diagnostiky. Naopak P10 a P12 sdělili, že důvodem jejich hospitalizace byla ataka a také léčba RS. P7 jako jediný dodal, že důvodem hospitalizace byla pouze léčba: „*Na oddělení jsem byla hospitalizovaná kvůli rozhybání těla.*“

Podkategorie *Diagnostika v rámci hospitalizace* zjišťuje, jaké diagnostické výkony byly pacientům při hospitalizaci prováděny. U P1, P3, P5, P8 a P11 byla v rámci hospitalizace provedena lumbální punkce a magnetická rezonance. Pouze magnetická rezonance byla provedena u P10 a P12, naopak P4, P6 a P7 podstoupili v průběhu hospitalizace jen lumbální punkci. P10 jako jediný uvádí i provedení EMG vyšetření: „*Když jsem byla hospitalizovaná, udělali mi EMG a magnetickou rezonanci.*“

Kategorie 7 – Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v rámci hospitalizace

Schéma 7 – Kategorie Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v rámci hospitalizace





Kategorie *Zkušenosti s ošetřovatelskou péčí v rámci hospitalizace* zjišťuje, jak u pacientů probíhala ošetřovatelská péče, jaké ošetřovatelské výkony u nich byly prováděny a zda byly s péčí spokojeni. Odpovědi pacientů byly podrobeny analýze a následně zakódovány do výrazů a rozděleny do podkategorií: přístup sester, edukace a ošetřovatelské výkony (viz. Schéma 7).

Podkategorie *Přístup sester* se zabývá tím, jak se sestry chovají k hospitalizovaným pacientům s RS a jaký je názor pacientů s RS na chování sester. Z odpovědí všech pacientů vyplývá, že jejich zkušenost s přístupem sester při hospitalizaci je dobrá. Všichni se shodli na tom, že sestry jsou vstřícné, ochotné a chovají se k nim dobře. P1 uvádí: „*Na péči a přístup sestřiček na oddělení si nemůžu nijak stěžovat. Když jsem potřebovala doprovodit do sprchy, zazvonila jsem si a sestřička mě ochotně doprovodila a dohlídla na mě.*“ P7 sdílí stejný názor a dokládá: „*Sestry na oddělení jsou výborné, to samé však nemohu říci o přístupu lékařů.*“ P4 jako jediná uvádí i negativní názor: „*Když člověk zvládá základní potřebu, je to dobré, Když ale nemůžete sám nic dělat je to horší. Sester na oddělení je málo a nemají čas. Lepší je tak péče doma od rodinných příslušníků.*“

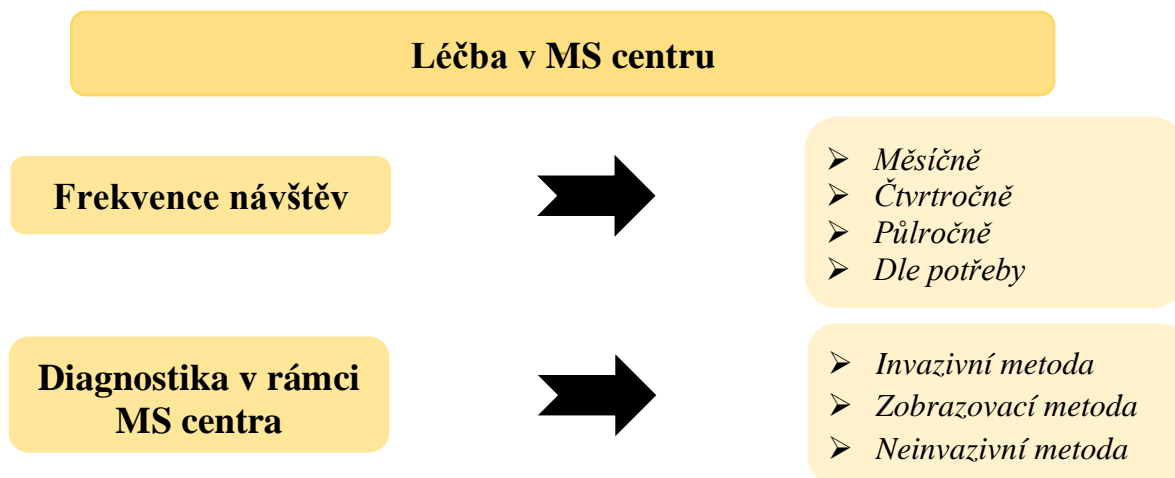
Podkategorie *Edukace* má za úkol zjistit, zda na standardním neurologickém oddělení probíhá edukace pacientů. Všichni hospitalizovaní pacienti, až na P12, uvedli, že při hospitalizaci nebyli poučeni o ničem, co by souviselo s jejich problémy. P12 však uvedl, že byl poučen o péči o vyprazdňování a rehabilitaci.

Podkategorie *Ošetřovatelské výkony* zjišťuje, jaké ošetřovatelské činnosti jsou pacientům s RS poskytovány na standardním neurologickém oddělení. Nejvíce pacientů má

zkušenosti s invazivními ošetrovatelskými výkony, mezi které patří aplikace PŽK s následnou aplikací i.v. léku, aplikace injekčního léku a odběr krve. P3, P4, P5, P6, P10 a P12 uvedli zavedení PŽK s následnou aplikací infuze. P1 a P11 shodně potvrdili, že jim byly aplikovány injekčně léky. P1 jako jediný zmiňuje, že při hospitalizaci mu byl proveden odběr krve. Provedení neinvazivních ošetrovatelských výkonů uvedl P1, P3, P5 P6, P8 a P12. Šlo především o měření teploty, podání léků, dopomoc při přemísťování se, péči o pokožku, dopomoc při hygieně a péči o vyprazdňování. P12 uvádí: „Ze začátku pobytu jsem měl potíže s vyprazdňováním, tak mi na to sestra něco dala.“ Od zbylých pacientů, kterým byly provedeny alespoň nějaké ošetrovatelské výkony, se odlišuje P7. Ten uvedl: „Na oddělení mi nebyly poskytnuty žádné ošetrovatelské výkony. Jsem soběstačná a nic jsem nepotřebovala, vše zvládám sama.“

Kategorie 8 – Ošetrovatelská péče v MS centru

Schéma 8 – Kategorie Ošetrovatelská péče v MS centru



Kategorie *Léčba v MS centru* se zabývá průběhem léčby v MS centru. Odpovědi pacientů byly podrobeny analýze, která umožnila nejčastější odpovědi zakódovat do jednotlivých výrazů (viz. Schéma 8). Kategorie zahrnuje podobné podkategorie, jako již zmíněná Kategorie 4, jsou jimi: frekvence hospitalizace a diagnostika v rámci hospitalizace.

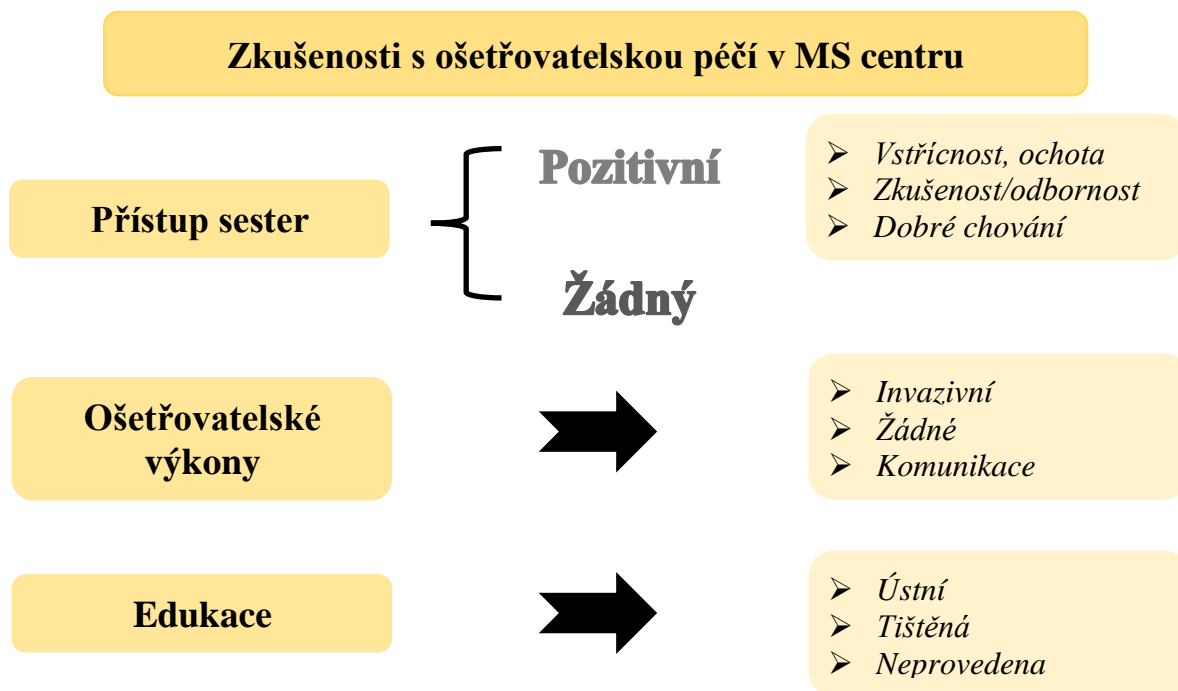
Podkategorie *Frekvence návštěv* má za cíl zjistit, jak často pacienti s RS docházejí na kontroly do MS centra. Nejčastější odpovědí bylo, že kontroly probíhají každé 3 měsíce. Každý půl rok chodí na kontroly P2, P5, P7 a P9. Pouze P3 uvádí, že na kontroly chodí každý

měsíc, kvůli podávání infuze. P2, P5 a P11 se shodli na tom, že pokud mají nějaký problém, do MS centra zavolají a kontrola je provedena dříve.

Podkategorie *Diagnostika v rámci hospitalizace* zjišťuje, jaké diagnostické výkony jsou v rámci MS centra pacientům prováděny. Většina pacientů (P1, P2, P5, P7, P9, P11 a P12) měla shodnou odpověď a to takovou, že v rámci MS centra je jim prováděna magnetická rezonance. Pouze P2 uvádí, že u něj v rámci MS centra je prováděna lumbální punkce i magnetická rezonance. Naopak P3 konstatuje: „Kontrolují mi jen krev kvůli lékům, lumbálku, ani žádný jiný vyšetření mi už nedělají.“ Odlišnou zkušenost má P12, který dokládá: „Jedenkrát ročně chodím na magnetickou rezonanci, jinak mi při každé návštěvě dělají neuro prohlídku.“ Provedení neurologické prohlídky vyplývá i z odpovědi P3, kterému je kontrolována při prohlídkách chůze.

Kategorie 9 – Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v MS centru

Schéma 9 – Kategorie Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v MS centru



Kategorie *Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v rámci MS centra* je identická s Kategorií 7, jelikož zjišťuje stejné informace a je rozdělena do stejných podkategorií, jimiž jsou: přístup sester, ošetrovatelské výkony a edukace. Získaná data byla po analýze zakódována do nejčastějších výrazů (viz. Schéma 9).

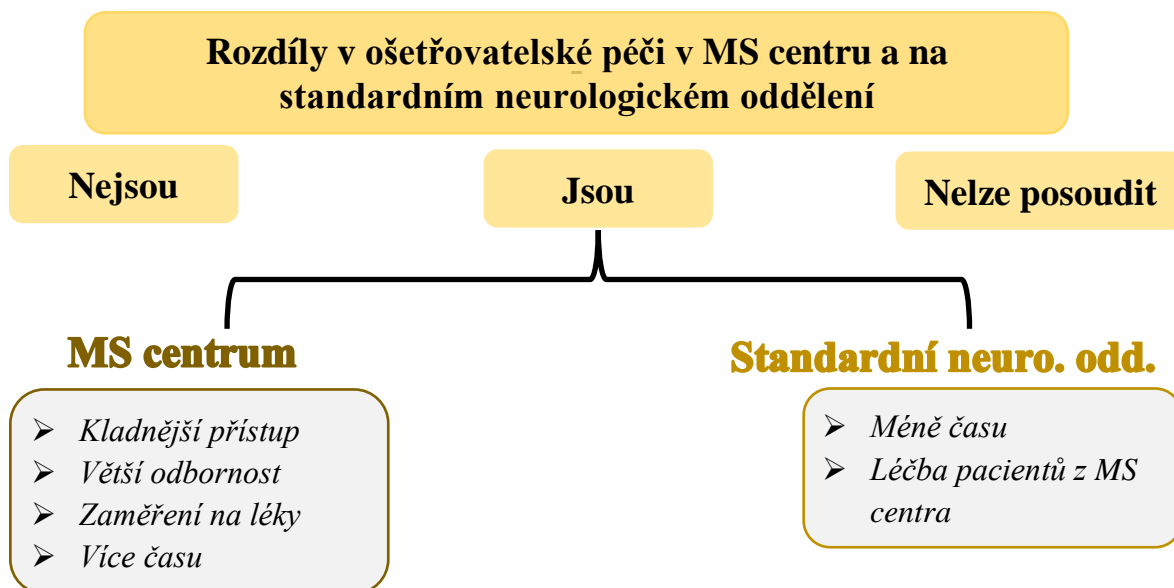
Podkategorie *Přístup sester* se zaměřuje na zkušenosti pacientů s chováním sester v MS. Z odpovědí pacientů vyplývá, že všichni, až na P9, jsou s péčí a přístupem sester spokojeni. Všichni pacienti se shodli na tom, že jsou sestry ochotné a vstřícné, se vším dokáží poradit a pomoci, protože jsou v problematice roztroušené sklerózy velice vzdělané. P2 chválí: „*Sestřičky jsou vzdělané a orientují se v problematice roztroušené sklerózy, kdybych měla jakýkoliv problém, obrátila bych se na ně.*“ Stejný názor má i P12, ten uvádí: „*Sestra je velmi příjemná a schopná zastat svou roli.*“ Odlišnou zkušenost s přístupem sester v MS centru má P9, který není spokojen s péčí v MS centru obecně. Z jeho odpovědi vyplývá, že se o něj nikdo nezajímá a péči mu neposkytuje, přístup sester není v tomto případě vůbec žádný.

Podkategorie *Ošetrovatelské výkony* zjišťuje, jaké ošetrovatelské činnosti jsou pacientům s RS poskytovány v rámci návštěvy MS centra. Z rozhovorů vyplývá, že v MS centru nejsou pacientům prováděny žádné odborné ošetrovatelské činnosti. Polovina pacientů s RS uvedla, že u nich sestry neprovádí žádné výkony (P2, P6, P7, P9, P11 a P12). Pouze P1 a P3 udává, že u nich sestra provádí odběr krve. P1, P2, P3, P5 a P12 také uvádí, že hlavní činností sestry je komunikace. P1 k tomu říká: „*Při každé kontrole se mě vyptává, jak se mám a co je u mne nového.*“

Cílem podkategorie *Edukace* je zjistit, zda v MS centru probíhá edukace pacientů, v případě že ano, tak jakým způsobem. Z odpovědí pacientů vyplývá, že byli od sester z MS centra edukováni. Edukace probíhá od prvních návštěv MS centra. P11 uvádí: „*Sestry mě při první návštěvě MS centra učili, jak si mám správně aplikovat lék.*“ Ústní edukace proběhla u P1, P2, P3, P5, P6, P11 a P12. Obdržení letáčku s informacemi o potížích a onemocnění, udávají P1, P2 a P12, který navíc udává: „*Sestra mi vždy ochotně poradila při mých problémech a poskytla mi propagační materiály či odkazy na jiné zdroje.*“ Od všech pacientů se odlišují P7 a P9. Ti tvrdí, že u nich edukace nebyla provedena, protože jí ani jeden nepotřeboval.

Kategorie 10 – Rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení

Schéma 10 – Kategorie Rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení



Kategorie Rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení, byla stanovena na základě analýzy rozhovorů. Jejím cílem je zjistit, zda pacienti s RS, kteří jsou léčeni v MS centru a byli hospitalizováni na standardním neurologickém oddělení, vnímají nějaké rozdíly v přístupu sester a poskytované ošetrovatelské péči. Zpracovaná data byla zakódována do výrazů, které jsou znázorněny ve Schématu 10.

Z rozhovorů vyplývá, že většina pacientů nedokáže rozdíly posoudit buď z důvodu toho, že nejsou léčeni v MS centru, nebyli nikdy hospitalizováni, nebo z důvodu, že nevědí (P1, P2, P4, P8 a P9). Přestože P10 se již v MS centru neléčí, uvádí: „Rozdíly v péči v MS centru a při hospitalizaci nejsou.“. Stejně tak odpověděl P7. Pouze P3, P5, P11 a P12 uvádějí, že nějaké rozdíly v péči vnímají. P3 zmiňuje: „Na oddělení jsem moc nebyl v kontaktu se sestrami, nepotřeboval jsem je a ony neměly ani moc čas.“. P5 naopak uvádí: „Myslím si, že v MS centru jsou více zaměřeni na léky a sestřičky jsou vzdělanější.“ P6 zmiňuje: „Léčba roztroušené sklerózy pacientů z MS centra probíhá na standardním neurologickém oddělení.“ P12 zase vidí rozdíl v přístupu sester, jelikož v MS centru se mu zdají příjemnější.

6 Diskuze

Pro vypracování této bakalářské práce byly stanoveny 3 cíle: zjistit, jaká je úloha všeobecných sester v ošetrovatelské péči o pacienty s RS ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení. Zjistit, jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienty s RS ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení a zmapovat, jaké jsou zkušenosti pacientů s RS léčených ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení.

V rámci výzkumného šetření bylo provedeno celkem 36 rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo 12 sester z MS centra, 12 sester ze standardního neurologického oddělení (dále jen z oddělení) a 12 pacientů trpících roztroušenou sklerózou. Data v empirické části bakalářské práce, byla získávána pomocí hloubkových rozhovorů, následně byla analyzována a zpracována do 10 kategorií, přičemž 5 kategorií se zabývá výsledky z rozhovorů se sestrami z MS centra a z oddělení a 5 kategorií výsledky z rozhovorů s pacienty. Ze získaných dat od sester i pacientů nám vyplynuly odpovědi, díky nimž je možné odpovědět na výzkumné otázky a zjistit tak, jaká je úloha sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s RS ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení, jak se odlišuje poskytovaná ošetrovatelská péče a jaké jsou zkušenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v těchto zařízeních.

Úloha sester v ošetrovatelské péči o pacienty s RS v MS centru a na oddělení byla zjišťována v kategoriích 2, 3, a 4. Kategorie 2 se zaměřuje na diagnostiku RS. Otázky se zabývaly zjišťováním informací, zda probíhá diagnostika, jaké diagnostické metody jsou využívány a jak se do diagnostiky zapojuje sestra. Z odpovědí všech sester z oddělení vyplývá, že při hospitalizaci diagnostika RS probíhá. Stejně tak, i většina sester z MS centra zmiňuje, že u nich diagnostika probíhá. Některé sestry však uvedly, že diagnostika probíhá jen zřídka. Sestra A3 jako jediná uvedla, že diagnostika v jejich MS centru neprobíhá, jelikož pacienti už diagnostikováni jsou. Při zjišťování používaných metod, se všechny sestry shodly na provádění lumbální punkce, některé sestry také uvedly provádění odběrů krve. Mezi nejčastěji prováděnou zobrazovací metodu patří magnetická rezonance. Sestry z obou zařízení dále uvedly provádění očního vyšetření za pomoci evokovaných potenciálů. Některé sestry z MS centra navíc uvedly využití optické koherentní tomografie. Dále je v MS centru a na oddělení také prováděno neurologické vyšetření. Odpovědi sester z obou zařízení se

shodují s tím, co uvádí Vališ, Pavelka et al. (2018), ti zmiňují využití jak magnetické rezonance, odběrů mozkomíšního moku, tak i evokovaných potenciálů a optické koherentní tomografie. Úloha sester při diagnostice RS je podobná v obou zařízeních. Odpovědi sester z obou zařízení se v mnoha odpovědích shodovaly. Sestry uvedly, že jejich úloha spočívá v asistenci lékaři při provádění lumbální punkce. Mezi další shodnou odpověď patřilo provedení edukace o využití diagnostické metodě. V souvislosti s diagnostikou sestry uváděly podporu pacienta, která zahrnuje motivaci a povzbuzení. Stejně tak i Pitřha (2014) vyzdvihuje důležitost sestry při diagnostice onemocnění, jelikož je nejbližším spojencem pacientů. Podporuje ho, jak při přijetí diagnózy, tak při řešení vyskytujících se problémů. Další úlohou sestry je odběr biologického materiálu, který zahrnuje odběry krve a mozkomíšního moku. Sestry A6, A8 a B1 navíc uvedly objednávání a zařizování dalších diagnostických výkonů. Sestry z oddělení také uvedly provádění přípravy pacienta na diagnostické vyšetření. Sestra B5 navíc zmínila, že v souvislosti s diagnostikou spolupracují s MS centrem. Naopak sestry v MS centru provádějí navíc administrativní činnosti. Zjištěné informace se shodují s tím, co uvádí Sedlářová (2015). Ta píše, že sestra připravuje potřebné pomůcky, pečuje o pacienta před a po vyšetření. Slezáková (2014) uvádí, že sestra před výkonem informuje pacienta o průběhu výkonu, jeho významu a ošetření po výkonu.

Kategorie 3 se zaměřuje na léčbu RS v MS centru a na oddělení. Otázky zjišťovaly, jaký typ léčby je pacientům s RS poskytován a hlavně, jak se sestry do léčby zapojují. Odpovědi týkající se typu léčby se nijak výrazně nelišily. Téměř všechny sestry se shodly na tom, že pacienti jsou léčeni pomocí infuzní terapie. V MS centru převažovaly odpovědi sester v souvislosti s injekční terapií, naopak na oddělení uvedlo více sester, že je podávána terapie per os. Dále sestry z obou zařízení uvedly, že je pacientům s RS poskytována také symptomatická léčba. V MS centru je poskytována léčba rehabilitační a psychoterapie. Stejně tak, i některé sestry z oddělení se shodly na poskytování rehabilitační léčby. Šimůnková (2018) uvádí, že léky jsou aplikovány injekčně, nejčastěji subkutánní formou, perorálně nebo intravenózně. Horáková a Ampapa (2015) také zmiňují důležitost symptomatické léčby, která sice nemění prognózu onemocnění, za to může zlepšit kvalitu života pacientů. Velkou roli v léčbě symptomatologie hraje rehabilitace, která předchází narušení tělesné funkce a aktivity pacienta (Novotná, 2016). Stejně jako úloha sester při diagnostice, i úloha sester v souvislosti s léčbou RS je podobná v obou zařízeních. Téměř

všechny sestry uvedly, že v procesu léčby je jejich úlohou aplikace léků, s níž souvisí i zavedení PŽK. Část sester také zmiňuje provádění odběrů biologického materiálu, nejčastěji krve. Sestry A7, A10 a A11 navíc uvedly, že v průběhu léčby měří pacientovi krevní tlak, pulz a teplotu. Další úlohou, na které se shodly některé sestry z obou zařízení, je podpora a motivace. Podpora a motivace je důležitá při dodržování léčebného režimu. Jako další zmiňují sestry práci v kolektivu. Sestry A8, A10 a A11 spolupracují s celým zdravotnickým týmem v MS centru a následně je koordinují. Linhartová (2008) ve svém výzkumném šetření zjistila, že součástí týmu v MS centru jsou psychoterapeuti, sociální a rehabilitační pracovníci, což se shoduje i s našimi výsledky. Spolupráci s rehabilitačními pracovníky v rámci oddělení uvedly také Sestry B3, B5, B8 a B12. Havrdová et al. (2015) uvádí, že velkou roli v procesu léčby hraje specializovaná sestra, protože pacientům pomáhá pochopit nemoc a nutnost léčby. Z toho důvodu není překvapující, že všechny sestry z MS centra uvedly, jako hlavní úlohu sestry, zmíněnou edukaci. Sestry edukují pacienty ohledně nemoci, symptomatologii, průběhu a nutnosti léčby. Velkou roli sester při edukaci pacientů zmiňuje také Burke et al. (2011), jelikož sestra pacienty edukuje o technice aplikací injekcí, možných vedlejších účincích léků a pomáhá jim překonávat strach z aplikací injekcí. I přes tato tvrzení, provádění edukace na oddělení uvedly pouze Sestry B7 a B10.

Úloha sester byla zjišťována také pomocí Kategorie 4. Tato kategorie se zabývá poskytovanými ošetrovatelskými intervencemi. Odpovědi sester z MS centra se nelišily od odpovědí uvedených při zjišťování úlohy sestry v rámci léčby. Sestry uvedly, že provádějí aplikaci léků, měření fyziologických funkcí (dále FF), odběr biologického materiálu s jeho následným zpracováním a edukují. Naopak sestry z oddělení uvedly, že jejich úkolem je poskytování komplexní ošetrovatelské péče dle stavu a soběstačnosti pacientů s RS. V rámci hospitalizace jsou pacientům poskytovány ošetrovatelské intervence v oblasti hygieny, vyprazdňování a stravování. Sestry u pacientů pečují o jejich pokožku, předchází vzniku dekubitů a dopomáhají pacientům při pohybu. Stejně intervence zmiňuje také Havrdová et al. (2015), která uvádí, že mezi sesterské výkony patří především podávání léků dle ordinace lékaře, komplexní hygienická péče, řešení spasmů, ošetrovatelská rehabilitace, péče o pokožku a dekubity, polohování, měření tlaku, péče o vyprazdňování, úprava a podávání stravy.

Ze zmíněných dat vyplývá, že úlohou sestry v MS centru je podílení se na diagnostice RS a její následné léčbě. Sestry spolupracují s celým zdravotnickým týmem, asistují lékaři při diagnostických výkonech, podporují pacienty při diagnostice i v následujícím léčebném režimu, provádějí aplikaci léků, měření FF, odběr biologického materiálu a administrativní činnost. Jejich hlavním úkolem je edukace pacientů v oblasti nemoci, léčbě, aplikaci léků a o problémech, které při léčbě mohou nastat. Naše výsledky jsou shodné s tím, co uvádí Havrdová et al. (2015, s. 109): „*V současné době práce RS sestry zahrnuje celou škálu činností: přes edukaci, podporu a prosazování zájmů pacienta, činnosti spojené s diagnostikou, terapií a výzkumem RS až po administrativní práci všeho druhu.*“

Úlohou sester ze standardního neurologického oddělení je také podílení se na diagnostice a následné léčbě RS. Navíc však poskytují pacientům s RS, v rámci hospitalizace, komplexní ošetrovatelskou péči, která je přizpůsobena individuálním potřebám pacienta s RS. Mezi specifické činnosti u pacientů v pokročilém stádiu RS patří především podávání léků, hygienická péče, řešení spasmů, péče o kůži nebo vyprazdňování moči a stolice (Havrdová et al., 2015).

Zjištění týkající se úlohy sester v MS centru a na oddělení, pro nás není nijak překvapující. Výsledky se shodují s informacemi uvedenými v odborných knihách. Obecně je známo, že MS centrum se věnuje léčbě RS, proto se dá předpokládat, že velkou roli bude mít sestra v edukaci pacientů a při podpoře v jejich léčbě. Naopak víme, že sestry z oddělení jsou s pacienty v každodenním kontaktu a podle zjištění stavu pacientů, jsme mohli předpokládat, že jejich úlohou bude poskytovat komplexní péči přizpůsobenou na stav konkrétního pacienta.

Před zjišťováním odlišností v ošetrovatelské péči od sester, jsme se zaměřili na zjištění stavu pacienta. Zajímalo nás, jaký je stav pacientů léčených v MS centru a hospitalizovaných na oddělení. Stavem pacienta se zabývá Kategorie 1. Z výsledků vyplývá, že pacienti v MS centru jsou převážně stabilizovaní, avšak někteří pacienti přicházejí z důvodů atak a s tím souvisejícím zhoršeným stavem. Sestry z MS centra také uvedly, že k nim přicházejí pacienti na začátku onemocnění a nově diagnostikovanou RS. Sestry z oddělení se navíc starají o pacienty s poruchou soběstačnosti. Stejně jako v MS centru, i na oddělení jsou hospitalizováni pacienti ve zhoršeném stavu či na počátku onemocnění. Odlišností je, že sestry z oddělení nevedly hospitalizaci pacientů stabilizovaných. Tato informace pro nás

není nijak překvapující. V souvislosti se znalostmi o poskytované ošetrovatelské péči, se dalo očekávat, že na oddělení budou hospitalizováni spíše pacienti se zhoršeným stavem a poruchou soběstačnosti.

Po zjištění všech informací týkajících se diagnostiky, léčby a ošetrovatelské péče jsme se zaměřili na zjištění rozdílů v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení. Informace byly získávány jak od sester z MS centra a oddělení (Kategorie 5), tak od pacientů s RS (Kategorie 10). Pro náš výzkum byly podstatnější informace získané od sester z obou zařízení, informace od pacientů byly pouze doplňující a zjišťovaly, zda pacienti rozdíly pocítují. Ze získaných dat vyplývá, že sestry rozdíly v poskytované ošetrovatelské péči vnímají. Pouze Sestry A2, A12 a B11 žádné rozdíly nevidí. Sestry A7, B8 a B10 nejsou schopné rozdíly posoudit, protože nikdy v opačném zařízení nepracovaly. Zbylé sestry rozdíly popsat vidí a dokázaly je uvést. Odpovědi sester byly v mnoha směrech rozdílné. Bylo překvapující, jak sestry z obou zařízení dokázaly posoudit rozdíly, přestože většina z nich nemá zkušenosti s péčí v MS centru nebo na oddělení. Ošetrovatelská péče v MS centru a na oddělení se odlišuje především v rozsahu poskytované ošetrovatelské péče, edukační činnosti, poznacích o RS, stavu pacientů a typu poskytované péče. Na oddělení je pacientům poskytována větší škála ošetrovatelských činností. Bude to zřejmě tím, že na oddělení je péče zaměřena spíše na imobilní pacienty, kteří mají často nějakou poruchu soběstačnosti. Na rozdíl od oddělení, sestry uvedly, že péče v MS centru je zaměřena převážně na soběstačné pacienty. Je zajímavé, že tuto informaci uvedly sestry z oddělení, a ne sestry z MS centra. Naopak pouze sestry z MS centra vidí rozdíly v poznacích o nemoci. MS centrum je specializované centrum zaměřující se pouze na léčbu demyelinizačních onemocnění, a proto poskytuje velice odbornou pomoc pacientům s RS. Dalším často zmíněným rozdílem bylo provádění edukační činnosti převládající v MS centru. Na základě již zjištěných informací se tento rozdíl dal předpokládat. Sestry ve svých odpovědích často uváděly provádění edukace ohledně léčby, ale i o samotném onemocnění. Dále sestry zmínily, že MS centrum poskytuje ambulantní péči, naopak standardní oddělení je poskytovatel lůžkové péče, při níž je potřebná hospitalizace pacienta, se kterým jsou sestry z oddělení v celodenním kontaktu.

Data získaná od pacientů s RS ukázala, že část pacientů rozdíly vnímá, část je nedokáže posoudit a pouze P7 a P10 žádné rozdíly neregistrují. Pacienti s RS vidí rozdíly v přístupu

sester, čase, který na ně sestry mají, a jejich odbornosti. Odpověď P5 se shoduje s některými sestrami, protože vnímá větší odbornost sester z MS centra než na oddělení. P12 naopak vnímá kladnější přístup ze strany sester v MS centru.

Stejně jako úloha sester, i výsledky týkající se rozdílů v péči nebyly tolik překvapující a splnily naše očekávání. Jak již bylo zmíněno, MS centrum provozuje edukační činnost a zabývá se léčbou RS, naopak v rámci hospitalizace na oddělení je pacientům poskytována péče komplexní, tudíž je zde prováděno i více ošetrovatelských výkonů. Pacienti s RS potřebují celodenní péči, po dobu několika dní, a dopomoc při různých činnostech. Naopak sestry v MS centru jsou s pacientem jen při kontrole. Po ambulantní a edukační činnosti je odešlou zpět domů. Sestry z MS centra všechny pacienty dokonale znají, ví o nich potřebné informace a díky tomu jim jsou schopné pomoci při každém problému souvisejícím s onemocněním či léčbou.

Výzkumné šetření zaměřené na pacienty zjišťovalo, jakou mají zkušenost s ošetrovatelskou péčí ve specializovaných ambulancích a na standardním neurologickém oddělení. Podmínkou pro zpracování výsledků bylo, že pacienti byli alespoň jednou hospitalizováni na standardním neurologickém oddělení, anebo jsou léčeni v MS centru. Na neurologickém oddělení bylo hospitalizováno 10 z 12 tázaných pacientů. Do MS centra v současné době dochází pouze 9 z 12 tázaných pacientů. Tato informace byla důležitá pro následné otázky související s hospitalizací na neurologickém oddělení a léčbou v MS centru.

V souvislosti s hospitalizací byla zjišťována frekvence hospitalizací. Následně byl zjišťován důvod hospitalizace a průběh diagnostiky onemocnění, která na oddělení proběhla. Většina pacientů uvedla, že důvodem hospitalizace bylo zhoršení stavu (ataka), kdy měli různé klinické příznaky, s jeho následnou léčbou. Dalším důvodem hospitalizace byla diagnostika onemocnění a také léčba, která spočívala v podávání infuzní terapie. Velkou roli při zodpovídání této výzkumné otázky představovala Kategorie 7, jež je zaměřena na zkušenosti pacientů s RS s ošetrovatelskou péčí v rámci hospitalizace. Tato kategorie zahrnuje otázky týkající se přístupu sester, poskytované ošetrovatelské činnosti a edukace, která pomáhá pacientům s jejich zdravotními problémy po propuštění z nemocnice. Ze získaných dat vyplynulo, že převažuje pozitivní názor na přístup sester k pacientům s RS. Sestry byly příjemné, ochotné a neměly problém s dopomocí pacientům. Pouze P4 měl odlišný názor. Přístup sester hodnotí pozitivně v tu chvíli, pokud pacient od sester nic

nevyžaduje a je zcela či částečně soběstačný. Poskytované ošetrovatelské činnosti byly dány stavem a soběstačností pacienta. Jednalo se převážně o invazivní činnosti, kterými byly např. odběry krve, zavádění PŽK a aplikace léků. Mezi neinvazivní činnosti patřila dopomoc při pohybu, hygieně, péče o vyprazdňování, měření FF a podávání léků. Provedení edukace na oddělení uvedl pouze P12. Domníváme se, že převažující pozitivní zkušenosti pacientů s RS s ošetrovatelskou péčí v rámci hospitalizace, souvisejí s tím, že dotazovaní pacienti byli zcela či částečně soběstační. Jejich soběstačnost byla zachována i po dobu hospitalizace, a proto nepotřebovali nijak velkou pomoc ze strany sester a poskytované ošetrovatelské péče. Z čehož vyplývá, že pozitivní zdravotní stav přímo ovlivňuje pohled pacienta na personál.

Při zjišťování zkušeností pacientů s ošetrovatelskou péčí v rámci MS centra, byla nejprve zjišťována frekvence návštěv a diagnostika probíhající v rámci MS centra (viz. Kategorie 8). K zodpovězení této výzkumné otázky byla využita Kategorie 9, která se zaměřuje na zkušenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí v rámci MS centra. Tato kategorie zahrnuje podkategorie přístup sester, ošetrovatelské výkony a edukace. Z odpovědí vyplývá, že sestry k pacientům přistupují pozitivně. Jsou příjemné, ochotné, vstřícné a nápomocné. Pacienti se shodli, že sestry jsou velice zkušené a odborně zaměřené, proto problematice jejich nemoci rozumí, vždy jim vyjdou vstříc a pomohou jim s jejich problémy. Stejných výsledků docílila také Kolářová (2016). Respondenti v její bakalářské práci pokládají poskytovanou ošetrovatelskou péči za profesionální, vykonávanou s lidským přístupem. Od ostatních pacientů se však odlišuje P9, jenž uvedl, že o něj sestry ani lékaři neprojevují zájem. Nemůže tak říci, že by k němu sestry přistupovaly pozitivně. Při dotazování se na provedené ošetrovatelské výkony, polovina pacientů uvedla, že u nich žádné ošetrovatelské výkony prováděny nejsou. Dále se někteří pacienti shodli, že sestry s nimi během návštěvy komunikují a zjišťují od nich potřebné informace. Pouze P1 a P3 uvedli, že u nich je při návštěvě prováděn odběr krve. Při zjišťování, zda je v MS centru prováděna edukační činnost, se většina pacientů shodla na tom, že probíhá. Edukace je prováděna ústně či pomocí edukačních letáčků a zaměřuje se především na aplikaci léků. Přesto P7 a P9 uvádějí, že jim žádná edukační činnost poskytnuta nebyla. Myslíme si, že převažující pozitivní zkušenost pacientů s RS s ošetrovatelskou péčí v rámci MS centra, souvisí s odborností sester. Sestry v MS centru jsou velice odborně vyškolené a specializují se na problematiku RS, proto dokáží pacientům pomoci s jejich problémy. Dále jsou s nimi ve velmi úzkém kontaktu.

Pacienty velmi dobře znají a ví, jak se jejich stav v průběhu let vyvíjí. Při porovnání výsledků naší práce s výsledky Kovářikové (2017) zjišťujeme, že zkušenosti s přístupem sester, jsou závislé na poskytovateli péče. Kovářiková (2017) se zaměřuje na zkušenosti se sestrami v rámci primární péče, kde většina pacientů uvedla převážně negativní zkušenosti s přístupem a chováním sester při prvním kontaktu, avšak při dalších návštěvách praktického lékaře se přístup sester změnil a byl spíše pozitivní. Podobně jako my i De Broe et al. (2001) píše, že pacienti specializované MS sestry shledávají jako nápomocné při prohlubování jejich znalostí o RS, usnadňují vypořádání se s nemocí, náladami a další důvěrou v budoucnost.

7 Závěr

V úvodu této bakalářské práce byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je úloha sester v ošetrovatelské péči o pacienty s RS v MS centru a na standardním neurologickém oddělení. Druhý cíl se zaměřoval na zjištění rozdílů v ošetrovatelské péči poskytované pacientům s RS v těchto zařízeních. Posledním cílem bylo zmapovat zkušenosti pacientů s RS s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Ke každému cíli byla následně stanovena jedna výzkumná otázka. Sběr dat proběhl pomocí hloubkových rozhovorů se sestrami z MS centra, standardního neurologického oddělení a s pacienty s RS. Stanovené výzkumné otázky vedly ke splnění cílů práce.

Teoretická část uvádí problematiku onemocnění. Zaměřuje se na anatomii a fyziologii nervového systému, definici onemocnění, etiologii, patologii, klinické příznaky, průběh a prognózu, diagnostiku, léčbu a místa, kde je pacientům s RS péče poskytována. Všechny tyto informace hrají velkou roli v následném poskytování ošetrovatelské péče, ve které jsme se zaměřili hlavně na ošetrovatelskou péči o hygienu, vyprazdňování, pohybovou aktivitu, výživu a psychiku.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry v MS centru na standardním neurologickém oddělení se podílejí na diagnostice i následné léčbě pacienta s RS. Nejzásadnější úlohou při diagnostice onemocnění je edukace pacienta před výkonem, asistence lékaři při výkonu, odběr biologického materiálu a podpora či motivace pacienta. Úloha sestry v následující léčbě je hlavně v aplikaci léků, se kterou souvisí i zavádění periferní žilní kanyly. Další úlohou sester, v obou zařízeních, je motivace a podpora pacienta v začínající či již probíhající léčbě. V procesu léčby mají sestry v MS centru úlohu edukátorek. Naopak úlohou sester na standardním neurologickém oddělení je poskytování komplexní ošetrovatelské péče, dle stavu a soběstačnosti pacienta s RS.

Ze získaných dat dále vyplývá, že rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení existují. Patří mezi ně rozdílný stav pacientů docházejících do MS centra a hospitalizovaných na standardním neurologickém oddělení. Dále je rozdíl ve škále ošetrovatelské péče, která je v zařízeních poskytována. Sestry na oddělení poskytují pacientům více ošetrovatelských činností než sestry v MS centru, kde je naopak poskytována ambulantní péče se zaměřením na edukaci pacientů s RS.

Ze získaných dat z rozhovorů s pacienty vyplývá, že jejich zkušenost s ošetrovatelskou péčí v MS centru a na standardním neurologickém oddělení je pozitivní. Přístup sester k pacientům v obou zařízeních byl a je dobrý, potřeby pacientů byly uspokojovány. Ošetrovatelské činnosti jsou poskytovány s ohledem na jejich stav a soběstačnost.

Tato bakalářská práce by mohla být využita jako podklad pro budoucí sestry, které pracují na neurologickém oddělení a měly by zájem o práci v MS centru. Záměrem při vypracování bylo sepsat publikaci, která poukazuje na odlišnosti v ošetrovatelské péči, jež se vyskytují v MS centru a na standardním neurologickém oddělení. Získané výsledky by tak mohly vést ke zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty s RS a mohly by být publikovány i v odborném časopise.

8 Seznam použitých zdrojů

1. AMPAPOVÁ, M. AMPAPA, R., 2013. Optická neuritida a roztroušená skleróza. *Klinická farmakologie a farmacie*. 27(2), 75-79. ISSN 1803-5353.
2. AMPAPA, R., 2017. *Co je nového v diagnostice roztroušené sklerózy?* [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ. [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/41942-co-je-noveho-v-diagnostice-roztrousene-sklerozy>.
3. BURKE, T. et al., 2011. The Evolving Role of the Multiple Sclerosis Nurse [online]. *International Journal of MS Care*. 13(3), 105-112. [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: http://ijmsc.org/doi/10.7224/1537-2073-13.3.105?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed&code=cmsc-site.
4. ČIHÁK, R., GRIM, M., 2016. *Anatomie 3*. 3. vydání. Praha: Grada. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
5. DE BROE, S. et al., 2001. The role of specialist nurses in multiple sclerosis. *Health Technol Assess*. 5(17), ISSN 1366-5278.
6. DUDOVSKIY, J., ©2019. *Snowball sampling* [online]. Research Methodology. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://research-methodology.net/sampling-in-primary-data-collection/snowball-sampling/>.
7. HAVRDOVÁ, E. et al., 2013. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta. 488 s. ISBN 978-80-204-3154-7.
8. HAVRDOVÁ, E. et al., 2015. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén. 161 s. ISBN 978-80-7492-189-6.

9. HORÁKOVÁ, D., 2011. Roztroušená skleróza - naše současné možnosti při diagnostice, stanovení prognózy nemoci a sledování efektivity léčby. *Neurologia pre prax*. 12(4), 260-263. ISSN 1339-4223.
10. HORÁKOVÁ, D., 2016. Symptomy u roztroušené sklerózy. In: HORÁKOVÁ, D. et al., *Symptomy u roztroušené sklerózy a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. s. 5-6. ISBN 978-80-7471-171-8.
11. HORÁKOVÁ, D., AMPAPA, R., 2015. Mezioborová péče o pacienty s roztroušenou sklerózou - jak správně pečovat o pacienta s roztroušenou sklerózou, pohled lékaře z RS centra. In: FIEDLER, J. et al., *Mezioborová péče o pacienta s roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Solen, s. 5-13. ISBN 978-80-7471-119-0.
12. HUDÁK, R., KACHLÍK, D. et al., 2013. *Memorix anatomie*. 2. vydání. Praha: TRITON, 607 s. ISBN 978-80-7387-959-4.
13. JEŘÁBEK, J., 2016. Vestibulární a okulometrické poruchy u pacientů s roztroušenou sklerózou. In: HORÁKOVÁ, D. et al., *Symptomy u roztroušené sklerózy a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. s. 27-36. ISBN 978-80-7471-171-8.
14. KINGWELL, E. et al., 2013. *Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review* [online]. BMC Neurology. [cit. 2018-10-29]. DOI: 10.1186/1471-2377-13-128.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3856596/>.
15. KOLÁŘOVÁ, L., 2016. *Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s roztroušenou sklerózou*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
16. KOVÁŘÍKOVÁ, J., 2017. *Role sestry v primární péči o pacienta s roztroušenou sklerózou*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

17. LÉPORI, L. R. et al., 2011. *Multiple Sclerosis*. Buenos Aires : Letbar Asociados. 44 p. ISBN 978-987-654-458-0.
18. LINHARTOVÁ, K., 2008. *Centrum pro demyelinizační onemocnění Praha 2 versus ambulance demyelinizačních onemocnění České Budějovice (roztroušená skleróza – součást mého života)*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
19. LOMA, I., HEYMAN, R., 2011. Multiple Sclerosis: Pathogenesis and Treatment [online]. *Current Neuropharmacology*. 9(3), 409-416. [cit. 2018-11-1]. DOI: 10.2174/157015911796557911.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3151595/>.
20. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie pro humanitní obory*. Havlíčkův Brod: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-6991-2.
21. NADAČNÍ FOND IMPULS, © 2018a. *MS centra pro diagnostiku a léčbu RS* [online]. [cit. 2018-12-01].
Dostupné z: <https://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/ms-centra-pro-lecbu-roztrousene-sklerozy>.
22. NADAČNÍ FOND IMPULS, © 2018b. *Podmínky zřizování MS center* [online]. [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://www.nfimpuls.cz/index.php/41-czech/167-podminky-zrizovani-ms-center>.
23. NANDA INTERNATIONAL, INC., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

24. NÁRODNÍ REGISTR POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB, 2018. *Mapa poskytovatelů* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz>.
25. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. 3. vydání. Praha: Galén, 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.
26. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
27. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s., © 2013. *Magnetická rezonance* [online]. [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: <https://www.nemcb.cz/oddeleni/radiologicke-oddeleni/magneticka-rezonance/>.
28. NOVOTNÁ, K., 2016. Význam rehabilitace v terapii symptomů pacientů s roztroušenou sklerózou. In: HORÁKOVÁ, D. et al., *Symptomy u roztroušené sklerózy a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. s. 19-26. ISBN 978-80-7471-171-8.
29. NYTROVÁ, P. et al., 2016. Neuropsychiatrické poruchy u roztroušené sklerózy. In: HORÁKOVÁ, D. et al., *Symptomy u roztroušené sklerózy a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. s. 37-46. ISBN 978-80-7471-171-8.
30. O'CONNOR, P., 2014. *Multiple Sclerosis: The Fact You Need* [online]. Toronto: MS Society of Canada. 169 p. [cit. 2018-11-1]. ISBN 978-1-926803-09-8. Dostupné z: <https://mssociety.ca/images/book/ms-the-facts-you-need.pdf>.
31. PARKER, S., 2016. *Lidské tělo*. 2. vydání. Praha: Universum. 288 s. ISBN 978-80-242-5301-5.

32. PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-9253-8.
33. PÍŤHA, J., 2014. Mezioborová spolupráce při diagnostice a léčbě roztroušené sklerózy. *Medicína pro praxi*. 11(4), 166-168. ISSN 1803-5310.
34. PÍŤHA, J., 2016. Strategie zahájení léčby roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi*. 12(4). 236-239. ISSN 1803-5280.
35. RYŠÁNKOVÁ, M., 2016. Sfinkterové poruchy u pacientů s roztroušenou sklerózou. In: HORÁKOVÁ, D. et al., *Symptomy u roztroušené sklerózy a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. s. 50-55. ISBN 978-80-7471-171-8.
36. SEDLÁŘOVÁ, P., 2015. Lumbální punkce. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. s. 268-271. ISBN 978-80-247-3421-7.
37. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
38. SILBERNAGL, S., DESPOPOULOS, A., 2016. *Atlas fyziologie člověka*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-247-4271-7.
39. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
40. ŠIMŮNKOVÁ, M., 2018. *Roztroušená skleróza na počátku roku 2018* [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ. [cit. 12-9-2018]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42970-roztrousena-skleroza-na-pocatku-roku>

41. ŠTĚTKÁŘOVÁ, I., 2016. Poruchy chůze u roztroušené sklerózy. In: HORÁKOVÁ, D. et al., *Symptomy u roztroušené sklerózy a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. s. 7-18. ISBN 978-80-7471-171-8.
42. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
43. TAYLOR CHAVOUSTIE, C., 2018. *Tests for Multiple Sclerosis* [online]. Healthline Media. [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/multiple-sclerosis/tests-diagnose>.
44. TOMAGOVÁ, M., 2011. Ošetrovatelský proces. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 105-129. ISBN 978-80-247-3557-3.
45. TOMANOVÁ, J., 2015. Role psychologa v léčbě roztroušené sklerózy. In: FIEDLER, J. et al., *Mezioborová péče o pacienta s roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Solen, s. 52-58. ISBN 978-80-7471-119-0.
46. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
47. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN: 978-80-7013-553.
48. VALIŠ, M., PAVELKA, Z. et al., 2018. *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxford. 188 s. ISBN 978-80-7345-573-6.

49. VERDUN DI CANTOGNO E. et al., 2014. *Autoinjector preference in multiple sclerosis and the role of nurses in treatment decisions: results from an international survey in Europe and the USA* [online]. Dove Medical Press. [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/autoinjector-preference-in-multiple-sclerosis-and-the-role-of-nurses-i-peer-reviewed-article-POR>.
50. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I - Obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
51. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II - Speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
52. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III - Speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

9 Přílohy

- Příloha 1: Tabulka ambulantních neurologií
- Příloha 2: Tabulka lůžkových neurologických oddělení
- Příloha 3: Seznam MS Center v České republice
- Příloha 4: Otázky k rozhovoru se všeobecnými sestrami z MS centra
- Příloha 5: Otázky k rozhovoru se všeobecnými sestrami ze standardního neurologického oddělení
- Příloha 6: Otázky k rozhovoru s pacienty s RS

Příloha 1: Seznam ambulantních neurologií

Ambulantní neurologická zařízení	
Kraj	Počet
Hl. město Praha	198
Středočeský	91
Jihočeský	44
Plzeňský	45
Karlovarský	29
Ústecký	57
Liberecký	33
Královéhradecký	40
Pardubický	46
Kraj Vysočina	58
Jihomoravský	115
Olomoucký	77
Zlínský	46
Moravskoslezský	139
Celkem	1018

Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz>.

Příloha 2: Seznam lůžkových neurologických oddělení

Lůžková neurologická zařízení	
Kraj	Počet
Hl. město Praha	12
Středočeský	8
Jihočeský	6
Plzeňský	4
Karlovarský	2
Ústecký	10
Liberecký	4
Královéhradecký	4
Pardubický	5
Kraj Vysočina	8
Jihomoravský	10
Olomoucký	8
Zlínský	0
Moravskoslezský	19
Celkem	100

Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz>.

Příloha 3: Seznam MS Center v České republice

MS Centra	
Brno	MS Centrum při neurologické klinice FN Brno
	MS Centrum při neurologické klinice FN u Sv. Anny
České Budějovice	Ambulance pro demyelinizační onemocnění při nemocnici České Budějovice
Hradec Králové	MS Centrum při neurologické klinice Hradec Králové
Jihlava	MS Centrum Jihlava
Olomouc	MS Centrum při neurologické klinice FN Olomouc
Ostrava	MS Centrum při neurologické klinice FN Ostrava
Pardubice	MS Centrum při neurologickém oddělení Krajské nemocnice Pardubice
Plzeň	MS Centrum při neurologické klinice FN Plzeň
Praha	MS Centrum při neurologické klinice 1. LF UK a VNF
	Neurologická klinika Thomayerovy nemocnice
	MS Centrum při neurologické klinice 2. LF UK a FN Motol
	MS Centrum při neurologické klinice 3. LF UK a FNKV
Teplice	MS Centrum při neurologickém oddělení Nemocnice Teplice
Zlín	MS Centrum při neurologickém oddělení Bařovy nemocnice
Celkem MS center	15

Zdroj: VALIŠ, M., PAVELKA, Z. et al., 2018. *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxford. 188 s. ISBN 978-80-7345-573-6.

Příloha 4: Otázky k rozhovoru se všeobecnými sestrami z MS centra

1. Pohlaví
2. Kolik je Vám let?
3. Jaké je Vaše vzdělání?
4. Máte nějakou specializaci?
5. Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?
6. Jak dlouho působíte/pracujete v MS centru?
7. Pracovala jste předtím na standardním neurologickém oddělení?
8. Pokud ANO, jako dlouho?
9. Kdy vzniklo MS Centrum?
10. Kolik pacientů je v MS Centru léčeno?
11. Kolik sester je zde zaměstnáno?
12. V jakém stavu přicházejí pacienti s roztroušenou sklerózou do MS Centra?
13. Jak často probíhají u pacientů s roztroušenou sklerózou kontroly?
14. Jaká je role sestry při kontrolách?
15. Probíhá v MS Centru diagnostika roztroušené sklerózy?
16. Pokud ANO, jaké vyšetřovací metody jsou využívány?
17. Jaká je role sestry při diagnostice roztroušené sklerózy?
18. Jak probíhá léčba roztroušené sklerózy v MS Centru?
19. Jaká je role sestry při léčbě roztroušené sklerózy?
20. Jaké ošetrovatelské činnosti jsou v MS Centru vykonávány?
21. Provádíte v MS Centru edukaci v oblasti:
 - Hygieny
 - Stravování
 - Péče o vyprazdňování
 - Péče o pokožku
 - Aplikace léků (s.c., i.v., per os)
22. Vnímáte nějaké rozdíly v ošetrovatelské péči v MS Centru a na standardním neurologickém oddělení?
23. Pokud ANO, dokázal/a byste říct jaké?

Příloha 5: Otázky k rozhovoru se všeobecnými sestrami ze standardního neurologického oddělení

1. Pohlaví
2. Kolik Vám je let?
3. Jaké je Vaše vzdělání?
4. Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?
5. Jak dlouho pracujete na standardním neurologickém oddělení?
6. Setkala jste se po dobu své praxe na standardním neurologickém oddělení s pacientem s roztroušenou sklerózou?
7. Dokážete přibližně odhadnout, kolik pacientů s roztroušenou sklerózou je na Vašem oddělení hospitalizováno ročně?
8. V jakém stavu jsou hospitalizováni pacienti s roztroušenou sklerózou?
9. Jaké jsou jejich nejčastější potíže?
10. Jak dlouhá je přibližná doba hospitalizace pacientů s roztroušenou sklerózou?
11. Kam jsou pacienti po hospitalizaci odesíláni? Jsou dále dispenzarizováni?
12. Probíhá na standardním neurologickém oddělení diagnostika roztroušené sklerózy?
13. Jaké diagnostické metody jsou využívány?
14. Jaká je role sestry při diagnostice RS?
15. Jak probíhá léčba pacientů s roztroušenou sklerózou na Vašem oddělení?
16. Jaká je role sestry při léčbě RS?
17. Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienta s roztroušenou sklerózou?
18. Jaké ošetrovatelské intervence jsou u pacienta s roztroušenou sklerózou prováděny?
 - Hygiena
 - Stravování
 - Péče o vyprazdňování
 - Péče o pokožku
 - Polohování
 - Aplikace léků (s.c., i.v., per os)
19. Vnímáte nějaké rozdíly v ošetrovatelské péči v MS Centru a na standardním neurologickém oddělení?
20. Pokud ANO, dokázal/a byste říct jaké?

Příloha 6: Otázky k rozhovoru s pacienty s RS

1. Pohlaví
2. Kolik Vám je let?
3. Jaké je Vaše zaměstnání?
4. V kolika letech Vám byla diagnostikována roztroušená skleróza?
5. Pamatujete si, jaké příznaky se u Vás objevily?
6. Jakého lékaře jste navštívil/a jako prvního?
7. Kam jste byl/a zaslán/a k diagnostice onemocnění?
8. Jaké diagnostické výkony u Vás byly provedeny?
9. V jakém zařízení probíhá Vaše léčba?
10. Jakou formou probíhá Vaše léčba? (s.c., i.v., per os)
11. Vyžadoval Váš stav dlouhodobější hospitalizaci na standardním neurologickém oddělení?
12. Pokud ANO, s jakými potížemi jste byl/a hospitalizován/a?
13. Jakou máte zkušenost s ošetrovatelskou péčí na standardním neurologickém oddělení?
 - Přístup a role sestry
 - Ošetrovatelské výkony
 - Edukace
14. Navštěvujete v rámci vaší léčby MS centrum?
15. Jak často docházíte do MS centra?
16. Jakou máte zkušenost s ošetrovatelskou péčí v MS centru?
 - Přístup a role sestry
 - Ošetrovatelské výkony
 - Edukace
17. Vnímáte nějaké rozdíly v ošetrovatelské péči v MS centru a na standardním neurologickém oddělení?
18. Jak byste hodnotil/a celkovou péči a přístup sester k pacientům s roztroušenou sklerózou?