

Biopsychosociální potřeby žen s roztroušenou sklerózou

Andrea Stratilová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Andrea Stratilová

Osobní číslo: H120258

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční

Téma práce: Biopsychosociální potřeby žen s roztroušenou sklerózou

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury související s tématem bakalářské práce.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti onemocnění roztroušenou sklerózou.

Realizace průzkumu, analýza a vyhodnocení výsledků praktické části a formulace závěru.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

AMBLER, Zdeněk. Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006, 351 s. ISBN 80-726-2433-4.

JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. Speciální neurologie. 1. vyd. Praha, 2005, 424 s. ISBN 80-726-2312-5.

MUMENTHALER, Marco a Heinrich MATTLE. Neurologie. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9545-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

TÓTHOVÁ, Valérie. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že


- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

10.2.2015



.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku roztroušené sklerózy a jejím vlivem na potřeby žen. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá patofyziologií a základními informacemi o roztroušené skleróze. V další části ošetřovatelským procesem u pacientů s roztroušenou sklerózou s ukázkou potencionálního ošetřovatelského plánu péče. V třetí části jsem se zaměřila na biopsychosociální potřeby žen a v poslední fázi na sociální problematiku nemoci.

Praktická část je tvořena pomocí dotazníkové metody, která srovnává ženy tří věkových skupin, které trpí touto nemocí a jaký má vliv na jejich potřeby v oblasti těhotenství, anti-koncepce, sexuální problematiky a fyzické aktivity. Dále jak nemoc ovlivňuje rodinu a partnerské vztahy a uplatnění v zaměstnání.

Klíčová slova:

Roztroušená skleróza, biopsychosociální potřeby, potřeby žen, sociální důsledky, ošetřovatelský proces.

ABSTRACT

This thesis focuses on the issue of multiple sclerosis and its impact on women's needs. Work is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part deals with the pathophysiology and basic information about multiple sclerosis. Another part is about nursing process for patients with multiple sclerosis with a demonstration of the potential nursing care plan. In the third part, I focused on the biopsychosocial needs of women and in the final stage on the social aspects of the disease.

The practical part consists using the questionnaire, which compares three women ages who suffer from this disease and its impact on their needs in pregnancy, anti-conception, sexual problems, and physical activity. Furthermore, how the disease affects the family and partner relationships and employability.

Keywords:

Multiple sclerosis, biopsychosocial needs, women's needs, social consequences, nursing process.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování drahocenných rad, ochotu vyjít mi vždy vstříc a tvůrčí prostor, který mi zachovala při zpracování mé práce.

Velký dík patří také Unii Roska Olomouc a Plzeň, která mi nabídla spolupráci, pozvala mě na své soukromé setkání s členy a poskytla mi cenné informace.

Motto:

"Nezapomínejte, že nás vychovávají dny nemoci, ne dny zdraví. Lidé mohou oslepnout, protože existuje něco, co nechtějí vidět, mohou přijít o některou končetinu, protože se nechtějí hýbat, mohou se stát bezmocní, protože nevědí, jak jinak získat pomoc, kterou potřebují. Dopřejte si dostatek času k uspokojení svých potřeb a nebudete nemoc potřebovat."

Siegel

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	12
1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	12
1.2 ZÁKLADNÍ POJMY	12
1.3 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.4 FORMY ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY	13
1.5 EPIDEMIOLOGIE A OVLIVŇUJÍCÍ FAKTORY ONEMOCNĚNÍ	15
1.6 KLINICKÁ SYMPTOMATIKA	16
1.7 DIAGNOSTIKA	18
1.8 TERAPIE.....	20
1.9 REHABILITACE	21
1.10 PROGNÓZA.....	22
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S RS.....	24
2.1 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	24
2.2 PRAKTICKÉ VYUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU V OBLASTI NAPLNĚNÍ LIDSKÝCH POTŘEB	25
2.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA DOMÉN.....	26
2.4 POTENCIÁLNÍ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	27
3 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY ŽEN	30
3.1 POJEM POTŘEBA A PROCES NAPLNĚNÍ POTŘEB	30
3.2 RODINA A PARTNERSKÉ VZTAHY	30
3.3 SEXUÁLNÍ PROBLÉMY	31
3.4 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A UPLATNĚNÍ V ZAMĚSTNÁNÍ.....	32
3.5 RS A ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	32
3.6 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A TĚHOTENSTVÍ.....	34
3.7 ANTIKONCEPCE.....	35
3.8 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A MENOPAUA	35
3.9 SOBĚSTAČNOST A PÉČE U OSOB S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU	36
4 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA A PODPORA NEMOCNÝCH.....	38
4.1 PŘÍSPĚVKY A VÝHODY PRO NEMOCNÉ S RS	38
4.2 PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	39
4.3 UNIE ROSKA	42
4.4 OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SMS.....	42
4.5 NADAČNÍ FOND IMPULS	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	45
5.1 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	46
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	48
7 DISKUZE	73

7.1	ANALÝZA CÍLŮ.....	73
8	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	83
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	84
	SEZNAM TABULEK	85
	SEZNAM GRAFŮ.....	86
	SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Roztroušená skleróza mozkomíšní je onemocnění, kdy lidský imunitní systém napadá centrální nervovou soustavu, a tím způsobuje demyelinizaci. Toto onemocnění postihuje poměrně velké množství lidí, a to především mladého věku. U řady pacientů po několikaletém trvání nemoci dochází k významnému omezení mobility nebo až k úplné invalidizaci.

Z již zmíněného omezení mobility a celkového stavu lidí s RS je zřejmé, že takto postižení jedinci jsou omezeni v nejrůznějších oblastech své existence, což je vlastní téma této bakalářské práce, která je však podrobněji zaměřena pouze na ženy.

K výběru tohoto tématu pro bakalářskou práci mě přivedla praxe na neurologickém oddělení a vlastní zvědavost. Motivací pro výběr tématu byla i neznalost laiků i veřejnosti, jelikož si značná část myslí, že se jedná o nemoc spojenou s poruchou paměti.

Cílem mé práce je zjistit vliv nemoci na biopsychosociální potřeby žen, zejména v oblasti soběstačnosti, průceschopnosti, vzájemných vztahů a dále typicky ženských aspektů. Následně zkoumané oblasti porovnat vzhledem k věkovým kategoriím a vyhodnotit, ve které z nich jsou ženy v dané oblasti omezovány nejvíce.

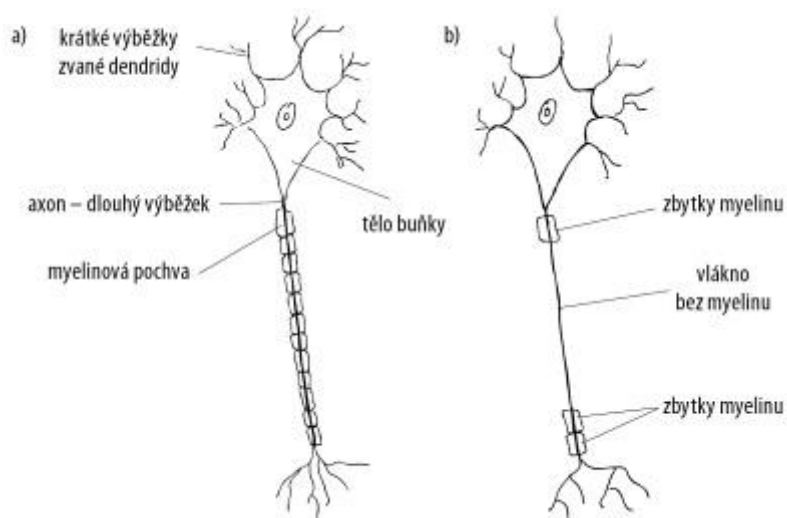
I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Roztroušená skleróza (dále jen RS) je onemocnění, které postihuje obvykle jen jeden systém, ale zato ten jeden z nejdůležitějších – mozek (Shoenfeld, 2007, s. 66).

1.1 Charakteristika onemocnění

Roztroušená skleróza mozkomíšní neboli sclerosis cerebrosinalis multiplex je onemocnění, kdy lidský imunitní systém napadá centrální nervovou soustavu, a tím způsobuje demyelinizaci (rozpad myelinových pochev). Roztroušená skleróza postihuje poměrně velké množství lidí a to především mladého věku. U řady pacientů po několikaletém trvání nemoci dochází k významnému omezení mobility nebo až k úplné invalidizaci. (Jedlička, 2005, s. 203).



Obrázek 1 – a) Myelinizované vlákno, b) Nervové vlákno bez myelinu. (Mlýnková, 2010, s. 146)

1.2 Základní pojmy

- **Ataka**

Jedlička (2005, s. 207) popisuje ataku neboli poussé, jako náhlý vznik obtíží a neurologického nálezu, který je pro tuto nemoc typický, avšak může spontánně odeznít.

- **Remise**

Remise nebo také remitentní průběh, je stav, kdy dochází k výraznému úbytku klinických příznaků po proběhlé atace. Nedochozí však k úplnému vymizení těchto příznaků (Tichý, 1997, s. 300).

- **Progrese**

Progrese je zhoršování onemocnění nebo jeho postup. Opakem je ústup onemocnění, neboli regrese (Lékařské slovníky).

1.3 Průběh onemocnění

Jde o dlouhodobé neboli chronické onemocnění, které má začátek nejčastěji mezi 20. a 30. rokem věku. Typický průběh zpočátku zahrnuje střídání atak a remisí. Po první atace může dojít i ke kompletní korekci stavu a remisi na několik let. Asi u 25 % pacientů dojde po první atace k relapsu a další atace v průběhu prvního roku, u 50 % v průběhu tří let. Atakám někdy mohou předcházet vnitřní faktory, což může být virová infekce, velká fyzická zátěž nebo emoční stres. Časem se ataky vyskytují častěji a z hlediska příznaků jsou intenzivnější a remise jsou neúplné. V dalším průběhu se ataky vyskytují méně a onemocnění přechází do formy sekundárně progredientní, časem do chronicko progredientní a dochází k úplné imobilizaci a invalidizaci nemocného. Forma primárně progredientní nemá začátek ataky a od jejího vzniku se symptomatika postupně zhoršuje. Tato forma je také vzácnější (Ambler, 2006, s. 221).

- **Vývoj onemocnění**

Ambler (2006, s. 222) uvádí, že další vývoj je velmi individuální. Základní rozdělení může být na formy maligní, kdy v průběhu poměrně krátkého času (několika let, ale někdy i dnů a měsíců) je nemocný upoutaný na lůžko a může dojít až k úmrtí a formy benigní – lehké, kdy i po velmi dlouhém trvání nemoci je člověk mobilní a má pouze lehkou symptomatologii. Většinou však vývoj onemocnění zahrnuje postupné zhoršování hybnosti nemocného.

1.4 Formy roztroušené sklerózy

Dle příznaků lze nemoc rozdělit do 5 charakteristických typů onemocnění (Tichý, 1997, s. 299)

- **Cerebrospinální forma**

U této formy, která je také nejčastější, je postižena celá CNS. Objevují se prakticky všechny neurologické projevy, především retrobulbární neuritida se zhoršením vizu a nablednutím papily, které je charakteristické. Dalším častým příznakem je vertigo, neboli závrať, spojená s nystagmem (kmitavý pohyb očních bulbů) různých forem. Nechybí ani příznaky mozečkové, se specifickým intenčním třesem a váhavou chůzí (ataxií). Na údech a trupu jsou znatelné charakteristické projevy centrální parézy, kdy poškozeny jsou více dolní končetiny. Většinou jsou přítomné také projevy dysurické i senzitivní (Tichý, 1997, s. 299).

- **Spinální forma**

Spinální forma je poměrně vzácná s absencí poškození nervů mozku a také nejsou přítomny poruchy mozečkové ani vestibulární. Nejčastější ložisko demyelinizace je v hrudní míše a jedná-li se skutečně o RS, bývá průběh nemoci remitentní (Tichý, 1997, s. 300).

- **Forma mozečková – kmenová**

U této formy se vyskytují příznaky poškození mozečkového kmene a mozečku. Pro pacienta je velmi nepříjemné vertigo, nestabilita a ataxií. Díky těmto příznakům je téměř nemožná chůze, přestože parézy končetin nejsou až tak výrazné. Dále je značný třes a to hlavně intenční, hrubý nystagmus a skandovaná řeč (Tichý, 1997, s. 300).

- **Forma diencefalická**

Tato forma patří mezi velmi vzácné, avšak nepostradatelné ve zmínění. V této formy převažují poruchy endokrinní, jako je kachexie nebo také naopak obezita, změny menstruačního cyklu, diabetes insipidus, hirsutismus a další. Tato forma se dá potvrdit odběrem likvoru s charakteristickým zmnožením gamaglobulinů (Tichý, 1997, s. 300).

- **Forma polyneuritická**

Také velice vzácný projev nemoci, kdy jsou demyelinizací postiženy hlavně periferní nervy. Polyneuritická forma bývá však stanovena až když se vyloučí ostatní příčiny polyneuropatií (Tichý, 1997, s. 300).

1.5 Epidemiologie a ovlivňující faktory onemocnění

Příčina roztroušené sklerózy není stále jednoznačně známá, ale v současné době se onemocnění považuje za chronickou zánětlivou imunitní poruchu, která je umožněna dysfunkcí buněčné imunity a rozvoj nemoci je ovlivňován genetickými faktory, ale i faktory zevního prostředí (Ambler, 2006, s. 221).

Havrdová (2000, s. 16) uvádí, že RS se řadí mezi nejčastější důvod chronické disability z neurologického důvodu u dospělých lidí v mladém věku. Počátek nemoci se nejčastěji vyskytuje mezi 20. a 40. rokem života a výjimečně je RS diagnostikována před 10. rokem a po 60. roce věku.

▪ Pohlaví

Stejně jako u mnoha jiných autoimunitních nemocí je častější výskyt u žen. U roztroušené sklerózy je to v poměru 2:1. U žen také nemoc propukne časněji a to v průměru o 1-2 roky dříve než u mužů (Havrdová, 2000, s. 16)

▪ Rasový faktor

Také rasový faktor má podíl na vzniku nemoci. Největší vnímavost je u bílé rasy a u rasy černé je vnímavost vůči nemoci poloviční. Nejnižší vnímavost se vyskytuje u orientální rasy (Havrdová, 2000, s. 16).

▪ Geografické faktory

Se vzdáleností populace od rovníku, se zvyšuje četnost výskytu onemocnění. Bylo však prokázáno migračními studiemi, že migrace v dětském věku mezi oblastmi s odlišnou zeměpisnou šířkou, mění riziko nemoci. Výskyt v oblastech, kde je vyšší riziko, mezi které patří i Česká republika, je nad 30 nemocných na 100 000 obyvatel. V severní Evropě, v Kanadě a na severu USA je výskyt zhruba kolem 25 na 100 000 tisíc obyvatel. V Jižní Africe mezi bílou populací je prevalence celkem nízká, a to asi 10 nemocných na 100 000 obyvatel a mezi černošskými obyvateli je to ještě méně (4/100 000 obyvatel). Ale ani však pravidlo o stoupajícím výskytu onemocnění se zvyšující se zeměpisnou šířkou není absolutně platné (Oger, 2007, s. 1; Havrdová, 2000, s. 16).

- **Sociální a kulturní faktory**

Jsou to faktory, které souvisí s určitým stylem života odlišných skupin obyvatel. Ovlivňující faktory, jako je stav výživy a stravovací návyky, zdravotní úroveň, hygienické podmínky a další, byly spojovány do souvislosti s výskytem roztroušené sklerózy. Studie si však stále nedovolí stanovit jednoznačné závěry o vlivu těchto faktorů na epidemiologii onemocnění (Havrdová, 2000, s. 18).

- **Genetické faktory**

Není novinkou, že RS se vyskytuje častěji u lidí, kteří jsou v příbuzenském vztahu, než je tomu v ostatní části populace, aniž by RS sledovala typické mendelovské zákony dědičnosti. Nejčastěji onemocní dva sourozenci, ale riziko postižení kteréhokoli jiného z příbuzných je však méně než 10 %. Předpokládá se také, že všechny geny vnímavosti se dědí recesivně. Přestože nelze popřít důležitost genetiky pro roztroušenou sklerózu, uplatní se tato dispozice pouze za jistého působení prostředí (Havrdová, 2000, s. 18).

1.6 Klinická symptomatika

Klinické příznaky jsou rozmanité a jsou vymezeny výskytem jen centrálních symptomů, jež ukazují na víceložiskové poškození s poškozením dalších systémů v bílé hmotě. *Převažující klinický syndrom závisí na převažující lokalizaci demyelinizačních ložisek.* Schematické znázornění nejčastějších nálezů při RS je zobrazeno v přílohách (Ambler, 2006, s. 221).

- **Obecná symptomatologie**

První příznaky onemocnění se u dvou třetin případů manifestují v časně dospělosti. Nepravidelná jednotlivá vzplanutí se u více než poloviny nemocných objevují v průběhu několika let. Tyto vzplanutí však přetrvávají jen pár týdnů. Příznaky jsou dány projevy poškození bílé hmoty, a to hlavně mozečkové, míšní, kmenové a nervus opticus. Složitý klinický obraz bývá také způsoben mnohočetnými, vzájemně nesouvisjícími ložisky. Prvotní příznaky můžou být méně nápadné, až přehlédnutelné a je potřeba jim věnovat větší pozornost pro včasnou diagnostiku (Mumenthaler, Mattle, 2001, s. 339; Jedlička, 1989, s. 219)

- **Oční příznaky**

Mezi časté prvotní příznaky až u 25 % případů patří retrobulbární neuritida. Jde o poškození vizu, které vzniká náhle a hlavním symptomem je mlhavé vidění se zašednutím zrakového pole. Objevuje se i bolest lokalizovaná za bulbem, a to zvláště při pohybu bulbu nebo tlaku na něj. Lékař v akutní fázi kromě poruchy vidění, nezjistí patologický nález na očním pozadí, ale většinou však po proběhlé retrobulbární neuritidě, stačí i mírné, lze zjistit patologii na magnetické rezonanci (dále jen MR) i v mozkomíšním moku. Další objektivní nález lze prokázat pomocí zrakových evokovaných potenciálů. Postižení vizu při RS netrvá příliš dlouho, stav se většinou po několika dnech až týdnech upraví do úplného uzdravení zraku (Hrazdira, 1980. s. 41; Jedlička, 2005, s. 205).

- **Příznaky pyramidových drah**

Podle Mumentahlera a Mattleho (2001, s. 340) se objevuje spastická paraparéza, oboustranné pyramidové příznaky a zvýšení reflexů u více než 80 % nemocných. Pokud se tyto příznaky u déle trvajícího onemocnění neobjeví, je nutno důkladně revidovat diagnózu. Obzvláště, když se roztroušená skleróza objevuje v pozdějších letech života, může se jevit jako progresivní paraparéza a má pak sklon k rychlému zhoršení stavu. Pro pozdější stádia RS bývá charakteristická spastická chůze.

- **Poruchy senzibility**

Senzitivní poruchy lze zjistit velmi brzo po propuknutí nemoci zhruba u poloviny nemocných. Tyto poruchy zahrnují například spontánní nesprávné vnímání (parestzie) nebo abnormální vnímání při doteku kůže (dysestzie). Pacienti s RS si často stěžují na subjektivní pocity brnění lokalizované do akrálních částí končetin. Objektivizace tohoto brnění je však nemožná. Nejvíce popisovaná snížená citlivost je na dolních končetinách. Jako další příznak může být bolest, lokalizovaná na trupu nebo končetinách. Bolest popisuje asi jedna čtvrtina pacientů (Mumenthaler, Mattle, 2001, s. 340; Jedlička, 2005, s. 206).

- **Motorické poruchy**

Motorické poruchy se vyskytují na začátku onemocnění v různých formách. Velmi častý je pocit unavených dolních končetin i po nepříliš velké námaze, což však zmizí při delším klidovém intervalu, nemocný může mít pocit nejistoty nohou při chůzi, po-

cit napětí či podlamování v kolenou a motorická neobratnost končetin. Déletrvající stavy trpí celkem dosti často svalovou atrofií, které nejvíce ovlivňují interoseální svaly horních končetin a to bez nálezu na elektromyografii (dále jen EMG). Dále je to pro roztroušenou sklerózu velmi charakteristický intenční třes před cílem pohybu (Hrazdírka, 1980, s. 41; Jedlička, 2005, s. 206).

▪ **Poruchy vyprazdňování**

Pro RS je charakteristické náhlé, často téměř neovladatelné nucení na močení, jež může vést až k enuréze (tzv. imperativní nucení na močení). Na obtíže při vyprazdňování močového měchýře v souvislosti s onemocněním si stěžuje zhruba 75 % nemocných a asi polovina lidí s RS má trvalé poruchy močení. Další potíže, které se vyskytují u mužů i žen jsou poruchy pohlavních funkcí jako impotence a změny libida (Mumenthaler, Mattle, 2001, s. 341).

▪ **Psychické poruchy**

Mezi psychické poruchy řadíme hlavně změny efektivity, hlavně pak depresivní syndromy, někdy i euforie (Ambler, 2006, s. 222).

Porucha efektivity se vyjadřuje často pozitivní náladou, smíchem, který je málokdy vhodný či motivovaný a později se střídá s pláčem. Velmi málo se jedná o euforii, která je vázána na snížení intelektu. Častějším projevem je afekt pláče, který může téměř neovladatelný při libovolné otázce na nemocného. Poměrně časté jsou projevy deprese s pocitem beznaděje. U pacientů může dojít i ke změně osobnosti, jež může být způsobena především změnou postavení v rodině a ve společnosti (Jedlička, 2005, s. 207)

▪ **Vertigo**

Vertigo neboli závratě patří mezi kmenové a zároveň nejčastější poruchy. Mohou být spojené s nauzeou, což způsobuje snížení orientace a obtížný pohyb v prostoru. Všechny tyto obtíže společně s pocitem nejistoty orientace výrazně ovlivňují pacientovu schopnost nezávislé chůze (Havrdová, 2000, s. 38).

1.7 Diagnostika

Roztroušenou sklerózu charakterizuje narušení myelinové pochvy okolo nervových vláken v centrální nervové soustavě (dále jen CNS) a na nervových vláknech samot-

ných poškozuje přenos nervových signálů mezi mozkiem, míchou a zbytkem těla. Příznaky RS bývají způsobeny narušením těchto nervových signálů, což se u každého nemocného projevuje jinak v závislosti na tom, kde poškození vzniklo. K diagnostice roztroušené sklerózy je potřeba důkazů o minimálně dvou lokalitách narušení v CNS v odlišném čase (Nationalmssociety).

U pacientů, kteří mají typický průběh nemoci je diagnóza snazší, a mnohdy není potřeba dalšího speciálního vyšetření. Zvláště při projevech retrobulbární neuritidy společně s klasickou symptomatologií se střídáním atak a remisí (Tichý, 1997, s. 301)

▪ **Anamnéza**

Anamnéza neboli sběr informací, je součástí vyšetření, kdy se lékař vyptává na onemocnění v pacientově rodině, na nynější onemocnění a jeho léčbu, na pracovní podmínky a na rizikové choroby, jako je infekce v okolí, nevodný životní styl atd. Při posuzování pacientů s RS je zásadní stav výkonnosti pacienta a změny v jeho tělesné kondici. Lékař se ptá na chůzi do schodů, a zda se u toho přidržuje zábradlí, jestli střídá při chůzi do schodů nohy, nebo jednu přitahuje k druhé (Jedlička, 1989, s. 219; Lékařské slovníky)

▪ **Zobrazovací metody**

Magnetická rezonance

MRI je v dnešní době základní vyšetřovací metodou k rozpoznání RS, a to hlavně díky přesnosti tohoto vyšetření při lokalizaci plak (ložiska nemoci) a vyobrazení jejich četnosti, přestože některé ložiska se nemusí ani klinicky projevovat. Tato metoda je neinvazivní a pro pacienta nebolestivá a dá se opakovat v různých časových intervalech, kdy i při nejasném obrazu vyšetření, můžeme vidět nové, klinicky němé plaky, což může ukázat i průběh nemoci a odlišit podnětlivé změny. Snímek z MR u nemocného s RS v přílohách (Jedlička. 2005, s. 209).

Počítačová tomografie

CT se využívá spíše příležitostně, než aby to bylo pravidlem. Účelem tohoto vyšetření je prokázání plak, která jsou zvýrazněná po aplikaci kontrastní látky (Mumenthaler, Mattle, 2001, s. 342).

- **Vyšetření likvoru**

Vyšetření mozkomíšního moku a jeho nálezy nejsou v diagnostice RS tak zásadní. Elektroimunoforeticky lékař objeví zvýšené množství IgG, IgA a IgM. Tyto parametry jsou méně výrazné při užívání kortikoidů nebo v průběhu remise (Hrazdira, 1980, s. 42; Mumenthaler, Mattle, 2001, s. 342).

- **Evokované potenciály**

Evokovanými potenciály lze prokázat léze u senzitivních, sensorických a motorických drah. Jak je výše zmíněno u příznaku retrobulbární neuritidy, tento projev lze také prokázat vyšetřením vizu pomocí EP (Mumenthaler, Mattle, 2001, s. 342).

1.8 Terapie

Ke správnému terapeutickému postupu u léčby roztroušené sklerózy je nutná alespoň základní znalost imunopatologického procesu, což je podkladem nemoci, a to proto, že všechna léčiva, která dnes používáme, jsou medikamenty ovlivňující imunitní systém. V průběhu choroby je pouze jediná fáze, kdy dokážeme zasáhnout v jejím průběhu, a to aktivní zánětlivá fáze (Havrdová, 2000, s. 65).

Během posledních 20 let se po vyzkoušení mnoha peripetií osvědčil standardní postup terapie. V léčbě RS se kromě symptomatické léčby užívají kortikosteroidy, imunomodulace a imunosupresiva. Pro léčbu využíváme nejčastěji kombinaci všech uvedených možností (Jedlička, 2005, s. 210).

a) Kortikosteroidy

Jsou to léky, které mají výrazný protizánětlivý, imunosupresivní, antialergický a anti-proliferativní účinek. Při dlouhodobé terapii kortikosteroidy dochází k řadě vedlejších účinků. Může zhoršit probíhající diabetes mellitus či dokonce přivodit tzv. steroidní diabetes. Terapie má vliv také na vředovou chorobu žaludku. Nejčastějším nežádoucím účinkem je osteoporóza. Ostatní komplikace jako změny cyklu menstruace až amenorea se léčí po konzultaci s gynekologem (Havrdová, 2000, s. 78; Jedlička, 2005, s. 211).

b) Imunosupresiva

Imunosupresiva jsou léky, které potlačují vlastní imunitní reakci. Užívají se u autoimunitních chorob, jako je právě RS (Slezáková, 2013, s. 122).

c) Imunomodulační terapie

Tyto léky snižují působení a tvoření zánětlivých cytokinů a naopak zvyšují tvoření cytokinů protizánětlivých (Jedlička, 2005, s. 211).

▪ **Postup léčby**

Ve stádiu první symptomatologie, pokud jsou příznaky přechodné a mírné, se nezahajuje léčba výše uvedenými léky, ale omezí se na léčbu podpůrnou, nejčastěji ve formě vitamínů (Jedlička, 2005, s. 210).

Pokud u onemocnění došlo k relapsu a to i nevýrazné úrovně, začne se terapie v intenzitě vhodné k úrovni relapsu a reziduálních potíží. Při mírném stupni potíží většinou postačíme s nárazem kortikoidů (Prednison 20 mg), kdy množství je ovlivněno stupněm potíží (Jedlička, 2005, s. 210).

Dále Jedlička (2005, s. 210) uvádí, že při vzplanutí první ataky s výrazným omezením mobility pacienta, je na místě léčba, která je daleko účinnější, a to sice Metylprednizol (Solumedrol) ve formě infúzí. Tato léčba se využívá více při pozdějších známkách nemoci.

U pacientů s vážným stavem nebo při neočekávané progresi v pokročilé fázi RS se terapie zakládá na užívání cytostatik, respektive imunosupresiv. V této době se za nejvýznamnější terapii, jež má zmírnit relapsy onemocnění považuje terapie Interferonem β , který ovlivňuje propuknutí atak (Jedlička, 2005, s. 211).

Hlavním účelem výše zmíněných prostředků terapie je odvrátit aktuální zhoršení stavu a vrátit jej, zda je to možné, do stupně nemoci před zhoršením. Není reálné dát si cíl zlepšení mobility pacienta (Jedlička, 2005, s. 211).

1.9 Rehabilitace

Cílem celkové rehabilitační péče je ulehčit a zdokonalit vykonávání každodenních činností, osvojit si nové dovednosti, zlepšit pohybovou stránku nemocného a závislost na jiných lidech a nakonec i sociální oblast a nastoupení do zaměstnání (Hoskovcová, 2008, s. 232).

Každé stádium choroby má své specifické projevy, z čehož vyplývá, že každé stádium vyžaduje jinou rehabilitační péči a uspokojení pacientových potřeb (Hoskovcová, 2008, s. 232).

- **Rehabilitace ve fázi diagnostiky nemoci**

V momentě, kdy se člověk o svém onemocnění dozví, je to obrovský šok, beznaděj, návaly úzkosti a je velmi ovlivněn jeho zájem o informace týkající se nemoci. Překonání tohoto prvního stádia, má velký vliv na následující postoj k chorobě. Nemocný má právo na odborné a hlavně pravdivé informace o RS (Hoskovcová, 2008, s. 232).

- **Časná fáze**

Tato fáze je často doprovázená atakami dalších neurologických projevů. Vedle terapie medikamentózní je nezbytná také terapie rehabilitační. Součástí tohoto stádia je výrazné snížení sil a zvýšení únavnosti, a protože únava je u RS velmi častým projevem nemoci, stává se situace složitější, jelikož pacient volí pohodlí a nečinnost. Vykonávání pohybu se stává nástrojem pro znovuzískání kondice a lze s ním také předcházet negativní progresi. V případě náležité motivace, je možné také zlepšit kvalitu života nemocného. Nepostradatelnou částí terapie u RS je fyzioterapie, s kterou v časně fázi choroby lze docílit obnovy poškozených funkcí (Hoskovcová, 2008, s. 232).

- **Pozdní fáze**

V průběhu rozvoje RS přichází centrální nervová soustava o způsobilost obnovy funkcí, a tím časem přechází k nevratnému obrazu neurologických projevů. Pomocí komplexní fyzioterapie lze tento nepříznivý rozvoj nepřímo zpomalit. Rehabilitační péče je vymezená na problémy týkající se mobility, chůze a rovnováhy, terapii spasticity, neurogenních poruch dolních cest močových, sexuálních a emotivních potíží. Výrazný podíl na péči o pacienta má ergoterapeut, který také pomáhá s výběrem co nejvhodnějších kompenzačních pomůcek (Hoskovcová, 2008, s. 232).

- **Rehabilitace ve fázi progresu**

Se zhoršením stavu pacienta znatelně stoupá jeho závislost na okolí a postupně klesá soběstačnost, což je deprimující. V této fázi má důležitou roli rodina, osobní asistent včetně rehabilitačně-ošetrovatelské péče. Jsou kladeny zvýšené nároky na udržení co nejvyšší možné kvality života (Hoskovcová, 2008, s. 233).

1.10 Prognóza

Prognóza, tedy odhad dalšího vývoje nemoci, je určena procesem vlastního onemocnění a jeho aktivitou. Platí tedy, že kvantita atak na začátku onemocnění má specifický

vliv na prognózu RS. A to v poměru, že čím více atak propukne do jednoho roku od diagnostikování choroby, tím dříve se dá očekávat plná invalidita. Počet nemocných, kteří trpí výraznou invaliditou je zhruba 10 % do pěti let od propuknutí nemoci. Po 15 letech trvání choroby je mobilních zhruba 50 % nemocných a průměrná délka roztroušené sklerózy je 25 – 35 let. Důležité pro nemocného po diagnostikování RS a motivování jej na co největší udržení kvality života a následující průběh (Havrdová, 2000, s. 64).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S RS

Ošetřovatelský proces můžeme chápat jako způsob organizace ošetřovatelské péče. Je to děj cyklický a dynamický (reaguje na změny vzniklé v průběhu realizace). Pacienti jsou chápáni jako jeho aktivní účastníci, nejen jako objekty péče. Podílejí se na něm svým vlastním úhlem pohledu, stupněm sebepéče, svým vnímáním potřeb i kvalitou interakce s ošetřovatelským týmem. Je to tedy logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty (Kelnarová, 2009, s. 32).

Ošetřovatelský proces patří mezi metody moderního ošetřovatelství, což představuje způsob, jakým vykonává sestra péči o člověka. Tento proces má pět fází, které jsou vzájemně propojené a jsou to kontinuální subprocesy. Tyto fáze od sebe nejsou oddělené ani od sebe navzájem izolované. Všechny kroky jsou na sobě navzájem závislé. Je to vztah mezi pacientem a sestrou, který nikdy nekončí. Vymezení ošetřovatelského procesu (dále jen OP) je vázáno s přijetím vědeckého postoje a východisek v ošetřovatelství (Tóthová, 2014, s. 19, 35).

2.1 Fáze ošetřovatelského procesu

Nejčastěji ošetřovatelský proces, udávaný v evropských zdrojích zahrnuje pětifázový proces. V této souvislosti se setkáváme v České republice v praxi s taktéž pětifázovým procesem. Ošetřovatelský proces se zaměřuje na sběr dat, diagnostiku, plánování, realizace a vyhodnocení dosažených cílů (Tóthová, 2014, s. 16).

I. Zhodnocení/posouzení

Tóthová (2014, s. 16) uvádí, že v první fázi provádí sestra sběr dat a hodnotí zdravotní stav pacienta. Při hodnocení hledá sestra chorobné změny a rizikové faktory, které mohou negativně ovlivňovat zdraví a celkový stav nemocného. Sestra by měla posuzovat i pozitivní aspekty nemocného. Pomocí rozhovoru či pozorování lze zjistit u nemocného s RS mnoho příznaků, jako poruchy vizu, chůze a pohyblivosti, třes nebo poruchy s vyprazdňováním.

II. Diagnostika

Poté, co sestra provede analýzu dat, které zjistila od pacienta, vytyčí si aktuální i potencionální problémy, podle kterých vytvoří základ ošetřovatelského plánu, což zahrnuje také různé hodnotící techniky. U pacienta s RS to bývá například hodnocení

soběstačnosti, záznam hodnocení bolesti, nebo péče o dekubity a jiné kožní defekty. Sestra rozpoznává i silné stránky pacienta (Tóthová, 2014, s. 16).

III. Plánování

Ve fázi plánování se sestra drží čtyř základních kroků. První krok je identifikace potíží, které jsou seřazeny od nejzávažnějších po ty méně prioritní. U pacienta s RS bývá na prvním místě, pokud má, tak bolest, dále poruchy soběstačnosti a inkontinence a zácpa. V dalším kroku stanoví sestra cíle a potencionální výsledky. Třetí krok je výběr aktivit, jež jsou nezbytné k dosažení očekávaných cílů a jako poslední krok je vedení plánu ošetrovatelské péče (Tóthová, 2014, s. 16).

IV. Realizace

Pro realizaci OP je nezbytná aktivní účast sestry na péči o nemocného z její iniciativy a na podkladě hlubšího poznání nemocného a jeho potřeb. Sestra musí často u pacientů s RS potřeby sama rozpoznat, jelikož nemocný nemusí být schopen je sám signalizovat a to z důvodu svého těžkého stavu, neochoty či neschopnosti (Tóthová, 2014, s. 17).

V. Vyhodnocení

V této fázi sestra hodnotí, zda se podařilo dosáhnout vytyčených cílů v OP. Posuzuje reakce nemocného na ošetrovatelské úkony a srovná je s normami. Po tomto posouzení se v případě nesplnění cílů OP ukončí, nebo se provede přehodnocení plánu péče (Tóthová, 2014, s. 17).

2.2 Praktické využití ošetrovatelského procesu v oblasti naplnění lidských potřeb

Ošetrovatelský proces je založen na uspokojování bio-psycho-sociálně-duchovních potřeb pacienta. Rozeznání pacientových potřeb je nepostradatelným prvkem OP. Jednou ze složek moderního ošetrovatelství je začlenění vyhledávání a naplnění potřeb pacienta do ošetrovatelského procesu a jeho užití v praxi (Tóthová, 2014, s. 159).

Hlavním argumentem, proč používat v praxi metodu OP i v uspokojování pacientových potřeb, je skutečnost, že OP je efektivní způsob, který sestram ulehčí klinické rozhodování a řešení náročných stavů (Šamánková, 2001, s. 11).

2.3 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA domén

NANDA International (2010, s. 406) definuje ošetřovatelskou diagnózu jako *klinické posouzení reakcí jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potencionální zdravotní problémy nebo životní procesy, dává základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za něž sestra odpovídá.*

Níže uvedená tabulka uvádí NANDA diagnózy, které se mohou vyskytovat u pacienta s RS.

Doména	Diagnóza	Číslo
Doména 1 - Podpora zdraví	Zhoršená péče o vlastní zdraví	00078
	Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví	00162
Doména 3 - Vylučování a výměna	Zhoršené vylučování moči	00016
	Funkční inkontinence moči	00020
Doména 4 - Aktivita/odpočinek	Zhoršená pohyblivost na lůžku	00091
	Zhoršená tělesná pohyblivost	00085
	Zhoršená chůze	00088
	Intolerance aktivity	00092
	Snaha zlepšit sebepéči	00182
	Deficit sebepéče při koupání	00108
	Deficit sebepéče při oblékání	00109
Doména 5 - Percepce/kognice	Narušené smyslové vnímání (vizuální)	00122
Doména 6- Sebepercepce	Riziko oslabení lidské důstojnosti	00147
	Narušený obraz těla	00118
Doména 7 - Vztahy mezi rolemi	Narušené rodičovství	00056
	Riziko narušení vztahu	00058
	Neefektivní plnění rolí	00055
	Zhoršená sociální interakce	00052
Doména 8 – Sexualita	Sexuální dysfunkce	00059
Doména 9 - Zvládání/tolerance zátěže	Neefektivní zvládání zátěže	00069
	Úzkost	00146
Doména 11 - Bezpečnost/ochrana	Riziko pádu	00155
	Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce	00086
Doména 12 – Komfort	Snaha zlepšit komfort	00183
	Zhoršený komfort	00214
	Chronická bolest	00133

Tabulka č. 1 - NANDA diagnózy, které se mohou vyskytovat u pacientů s RS

2.4 Potenciální plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče je souhrn kroků, jak nejlépe pečovat o pacienta a naplňovat jeho potřeby. Každý pacient s RS má jinou symptomatologii, ale vzhledem k těm nejčastějším příznakům lze vytvořit například následující plán péče. Vzhledem k pobytu v nemocničním zařízení bývá aktuální diagnóza č. 1 právě bolest (nejčastěji zad), z důvodu snížené mobility a dlouhému pobytu na lůžku. Diagnóza č. 2 popisuje pacientovu omezenou soběstačnost, jež se vyskytuje u většiny nemocných s RS. Další diagnózy jsou velmi individuální u každého pacienta s různou četností výskytu.

- **Aktuální diagnózy**

Doména 12 – Komfort

Diagnóza – Chronická bolest (00133)

Určující znaky: uvádí bolest, změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách, změny režimu spánku, únava, omezená interakce s lidmi

Související faktory: chronické tělesné postižení

Cíle: u pacienta dojde ke zmírnění bolesti po dobu hospitalizace

Intervence: podávat analgetika dle ordinace lékaře, založit Záznam hodnocení bolesti, zjistit lokalizaci, intenzitu a typ bolesti, zaznamenávat účinky analgetik

Doména 4 – Aktivita/odpočinek

Diagnóza – Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Určující znaky: nekoordinované pohyby, omezená schopnost provádět motorické dovednosti, omezený rozsah pohybu, třes vyvolaný pohybem, změny chůze

Související faktory: nervosvalové poškození, bolest, diskomfort, snížené ovládní svalstva

Cíle: u pacienta nedojde k výskytu dekubitů, dojde ke zvýšení svalové síly dle možností pacienta, zabránit vzniku rizika pádu po dobu hospitalizace

Intervence: eliminovat komplikace vyplývající z omezení hybnosti, zajistit vhodné pomůcky, zajistit spolupráci s fyzioterapeutem, zajistit antidekubitní pomůcky, polohovat pacienta

Doména 3 – Vylučování a výměna Diagnóza – Zhoršené vylučování moči (00016)

Určující znaky: inkontinence, četnost, dysurie

Související faktory: vlastní onemocnění, infekce močového ústrojí

Cíle: u pacienta nedojde ke vzniku nebo rozvoji infekce, zabránit opruzeninám

Intervence: eliminovat komplikace vyplývající z vlastního onemocnění, sledovat příjem a výdej tekutin za 24 hodin, sledovat okolí genitálií pro vznik opruzenin, podávat antibiotika dle ordinace lékaře, sledovat vzhled a zápach moči, poučit pacienta o posilování pánevního dna, u méně soběstačných pacientů dbát o zvýšenou hygienu genitálu

Doména 4 – Aktivita/odpočinek Diagnóza – Deficit sebezpečí při stravování (00102)

Určující znaky: neschopnost dostat jídlo na talíř, neschopnost odevírat nádoby/obaly/, neschopnost zacházet s příborem, neschopnost uchopit hrnek nebo sklenici

Související faktory: vlastní onemocnění, diskomfort, neuromuskulární poškození, únav

Cíle: pacient bude provádět sebezpečí při stravování v rámci svých možností po dobu hospitalizace

Intervence: zajistit dopomoc v oblastech deficitu sebezpečí, komplexně převzít péči v oblasti přípravy stravování, zajistit vhodnou dietu a pomůcky

Doména 4 – Aktivita/odpočinek Diagnóza – Narušený vzorec spánku (00198)

Určující znaky: nespokojenost se spánkem, změna normálního vzorce spánku

Související faktory: tělesné omezení, bolest

Cíle: pacient nebude unavený a bude se cítit odpočatý, pacient bude spát alespoň 6 hodin

Intervence: umožnit spánkové zvyklosti, zajistit tiché a klidné prostředí, podávat hypnotika dle ordinace lékaře, tlumit bolest, nenechat pacienta spát přes den, kontrolovat kvalitu spánku během noci

- **Potencionální diagnózy**

Doména 11 – Bezpečnost/ochrana Diagnóza – Riziko pádů (00155)

Rizikové faktory: používání kompenzačních pomůcek, zhoršená fyzická pohyblivost, potíže s chůzí, přítomnost aktuálního onemocnění, snížená síla dolních končetin, vizuální obtíže, užívání hypnotik, inkontinence, zhoršená rovnováha

Cíle: u pacienta nedojde k pádu

Intervence: zajistit dopomoc při chůzi, zajistit spolupráci s fyzioterapeutem, zajistit signalizaci na dosah, odstranit překážky, zajistit odvoz na vozíku na vyšetření, zajistit dopomoc při sebeděči, označit lůžko rizikového pacienta

Doména 11 – Bezpečnost/ochrana Diagnóza – Riziko zácpy (00015)

Rizikové faktory: nedostatečná fyzická aktivita, nedostatečný příjem vlákniny a tekutin, změny ve zvyklostech přijímat potravu

Cíle: u pacienta nedojde k zácpě

Intervence: zajistit dostatečný příjem tekutin a vlákniny, zajistit dostatek fyzické aktivity úměrně ke stavu pacienta, zajistit spolupráci s fyzioterapeutem, umožnit stravovací a vyprazdňovací návyky, zajistit soukromí u vyprazdňování, podávat laxativa dle ordinace lékaře, sledovat a zaznamenávat množství, frekvenci, vzhled a příměsi ve stolici

3 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY ŽEN

V profesi zdravotní sestry je nezbytné, abychom uměli rozeznat potřeby naše, ale i potřeby těch, kteří od nás očekávají pomoc (Šamánková, 2001, s. 11).

3.1 Pojem potřeba a proces naplnění potřeb

Šamánková (2011, s. 12) charakterizuje lidskou potřebu jako *stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.*

Ve zdraví většinou jedinec nevyžaduje potřebu druhého člověka a je schopen uspokojovat své primární, biologické potřeby bez dopomoci – sám se umyje, nají, není omezen problémy spojené s mobilitou atd. Další základní biologická potřeba člověka je potřeba být bez bolesti. Naplnění vyšších potřeb se odvíjí od dovedností, vědomostí, schopností jedince, také jeho prostředí, kulturnost, zázemí, vzdělání a od jeho ostatních motivací a potřeb (Šamánková, 2001, s. 33).

Naplnění potřeb směřuje k homeostáze, což je vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu. Pro člověka jsou potřeby nezbytné, prospěšné, a dosti blízko spojené s kvalitou života (Šamánková, 2001, s. 12).

3.2 Rodina a partnerské vztahy

Diagnostika RS nebo jiného vážného onemocnění člena rodiny bývá téměř vždy doprovázeno strachem a nejistotou, což může narušit partnerské a rodinné vztahy. Tématu nemoci a tím spojené lítosti se většinou všichni vyhýbají a tím pouze narůstá napětí. Vztahy nemocných, které nebyly zrovna založené na vzájemné důvěře, úctě a ochotě sdílet spolu nejen dobré, ale i zlé, snášejí takovou situaci velmi špatně. Proto by se s přijetím nových situací neměl vyrovnávat pouze sám nemocný, ale také jeho okolí a ostatní členové rodiny a všem by měla být poskytnuta v případě zájmu psychoterapeutická podpora. Nemocný, který nenajde pochopení, se buď uzavře a potichu trpí, nebo se stává agresivním, protože agrese je vždy projevem bezmoci. Velice záleží na tom, jakou měl pacient v rodině pozici, před stanovením diagnózy. Důležitou pomocí k vyrovnaní se s problémem, je nácvik asertivity všech členů rodiny. Problematické pro rodinu může být onemocnění RS u ženy, která je zvyklá starat se o kompletní péči

o domácnost, vaření, úklid a starost o ostatní členy rodiny (Multiplesclerosis, 2005-2014).

Problémy v partnerském životě mohou být způsobeny tím, že po onemocnění není partner schopen vydělávat peníze, na které byl druhý v páru zvyklý, nebo selhali v sexuálním životě. Ovlivnění v sexuální oblasti, patří mezi časté příznaky RS. Ve vztahu, kde je život partnerů komplikován sexuálními problémy, je vhodné vyhledat odbornou pomoc, protože pro téměř všechny nemocné s těmito obtížemi se jedná o otázku hodnoty života a moderní lékařství má pro většinu z nich řešení (Multiplesclerosis, 2005-2014).

Duševní problémy, jako jsou deprese, které mohou také doprovázet RS, také komplikují rodinný život a než jsou problémy v této oblasti identifikovány, může se zdát, že se pacient dobrovolně vzdává svých odpovědností vůči rodině, stává se apatickým, pasivním, zanedbává se a stává se závislým na tom, kdo o něj pečuje. Každý nemocný člověk, by měl mít pozitivní úlohu v rodině, která by jej zbavila pocitu, že je bezmocný a závislý, z pocitu, že je na obtíž, že není k ničemu. Je třeba vymyslet nějakou činnost, která by i těžce nemocného člověka dělala užitečným nejen pro něj, ale aby byla přínosem také pro jeho okolí a zároveň mu vyplnila čas (Multiplesclerosis, 2005-2014).

3.3 Sexuální problémy

Sexuální problémy mohou být příčinou nepohody a také dalšího stresu. Vyskytují se celkem často, stejně jako poruchy sfinkterů. Tyto problémy výrazně snižují kvalitu života nemocného. V těchto případech je na místě kontaktovat odborníka, sexuolog nebo urolog může rozhodnout, která léčba by mohla pomoci a je nejvhodnější dané situaci. Před zahájením léčby je vhodné vyšetření daným odborníkem, zda se na obtížích nepodílí také problémy cévní nebo hormonální. Psychoterapie je také vhodným doplněním léčby, nejlépe obou v páru (Multiplesclerosis, 2005-2014).

U mužů je nejčastější problém s poruchou erekce, porucha ejakulace je méně častá. Problém nemusí být jen otázkou nemoci, ale také v kombinaci psychiky jako je úzkost ze selhání ve spojení s některými tlumivými léky, které se používají pro léčbu třesu, nespavosti a zvýšeného svalového napětí (Multiplesclerosis, 2005-2014).

U žen není prokazatelně známá frekvence sexuálních obtíží. Dle dotazníkového šetření bylo ale prokázáno, že téměř každá druhá žena má v průběhu RS některý, z níže uvedených problémů. Nejčastěji se tyto obtíže vyskytovaly u žen, které měly zároveň sfinkterové poruchy. Jedná se především o spastické problémy dolních končetin a ochablé svaly dna pánevního, které lze přiměřenou léčbou ovlivnit antispastiky a cvičením, sníženou vlhkostí sliznice poševní, jež lze ovlivnit prostředky na lubrikační bázi, sníženou citlivost a neschopnost dosáhnout orgasmu, což je bohužel léky neovlivnitelné. Opět se zde jeví psychoterapie jako uspokojivá odpověď, jak realizovat partnerský vztah bez úzkosti a stresu (Multiplesclerosis, 2005-2014).

3.4 Roztroušená skleróza a uplatnění v zaměstnání

Často bývá u pacientů snížena pracovní schopnost, záleží však na klinickém stavu a stupni neurologického postižení. Nemusí vždy pro nemocného být problém samotná práce, ale třeba doprava do zaměstnání. U každého pacienta je potřeba řešit situaci s komplexním přístupem a individuálně (Ambler, 2006, s. 225).

Ještě před pár desítkami let, znamenala diagnóza RS právo na invalidní důchod. Tím však vznikla situace, že mnoho nemocných bylo v ekonomicky tíživé situaci, ale svým způsobem zajištěné důchodem. Pro těžce postižené pacienty to bylo vhodné řešení, ale řada pacientů, kteří neměli žádné příliš vážné neurologické onemocnění, byli naopak v situaci, kdy jejich příprava na zaměstnání přišla vniveč. Dnes se snažíme, aby lidé s roztroušenou sklerózou mohli zůstat v zaměstnání co nejdéle, neboť to prospívá jejich fyzické i duševní kondici. Je ale důležité, aby zaměstnavatel byl k nemocným chápavý a byl schopen pro lidi s RS upravit své pracovní podmínky, aby mohli do svého denního rozvrhu zařadit dostatek odpočinku, a aby jim byla přizpůsobena pracovní doba a prostředí. I přesto je někdy nutná rekvalifikace nebo změna povolání, což umožní ergodiagnostika a ergoterapie. Hlavním cílem je udržení práceschopnosti nemocných lidí (Multiplesclerosis, 2005-2014).

3.5 RS a zdravý životní styl

I když je roztroušená skleróza nevyлéčitelné onemocnění, je zde určitá naděje, že průběh nemoci lze vylepšovat a navozovat tím duševní vyrovnanost. To vše podporuje určitý optimismus a životní harmonii. Je proto důležité, aby nemocní měli denní pro-

gram a jeho pomocí využili svého emocionálního, fyzického a spirituálního zdraví co nejefektivněji (Roska, 2007).

Dobrovolnická práce, mediace, cestování, sport, koníčky a cvičení mohou být praktickými příklady, jak pomáhat lidem s RS zúčastnit se společenských nebo rodinných aktivit, které mohou být přijatelnými náhradami za jiné aktivity, které nyní díky onemocnění nemohou provozovat (Roska, 2007).

- **Dieta**

Nejsou známy žádné speciální diety, prokazující pozitivní a prospěšný vliv na vlastní proces onemocnění, přestože potraviny mají určitý vliv na zdraví člověka, poskytují tělu energii a jsou pohonnou látkou těla. Vyvážená zdravá strava, která je nízkotučná a s vysokým obsahem vlákniny, může pomoci redukovat váhu pacienta a zlepšit funkčnost jeho střev. Užitečné pro pacienta mohou být i potravinové doplňky, jako jsou například vitamíny. Tyto doplňky by však neměly nahrazovat vlastní jídlo (Roska, 2007).

- **Fyzická aktivita**

Pravidelná fyzická aktivita by měla být součástí denní rutiny každého člověka, což platí pro nemocné s RS snad ještě více. Cvičení je vhodné nejen pro posilování kardiiovaskulární soustavy a fyzické síly, ale uvolňuje také duševní napětí a pozitivně pomáhá ovlivnit náladu. Fyzická aktivita ulevuje od únavy, která doprovází roztroušenou sklerózu a pomáhá zvládat spasticitu. Cvičební postupy, které jsou užitečné pro nemocné s RS jsou například strečink nebo lehké posilování. Pacienti s RS by měli fyzickou aktivitu prokonzultovat se svým lékařem a pokud možno i s fyzioterapeutem. Nemocní by měli také relaxovat, což může být například formou jógy, meditace nebo modlení, ale také relaxace v přírodě, kultuře a třeba umění (Roska, 2007).

- **Pravidelné kontroly**

Každý pacient by se měl individuálně domluvit se svým lékařem o nutnosti pravidelných kontrol. Tyto prohlídky zahrnují většinou měření EKG, hodnoty glykémie, triglyceridů a cholesterolu. Ženy by neměly zapomínat na návštěvy gynekologického lékaře a nechat si vyšetřit prsa a kostní hustoty. Vyšetření kostní hustoty je u žen nepostradatelné, jestliže užívaly vyšší dávky steroidů, nebo pokud onemocnění omezuje jejich mobilitu (Roska, 2007).

3.6 Roztroušená skleróza a těhotenství

Nejčastější doba, kdy ženy onemocní roztroušenou sklerózou, je právě v reprodukčním věku. Dle nejnovějšího srovnání jsou perinatální výsledky stejného výsledku jako běžná populace. Celkově se porod, ani jeho vedení nijak neliší u žen s roztroušenou sklerózou od ostatních žen. Po porodu u pacientek s RS je zvýšené riziko výskytu akutní ataky, proto je nutné individuálně s každou pacientkou toto riziko probrat, včetně léčby a managementu. Pokud je stav pacientky minimálně rok bez akutních známek nemoci a je celkově stabilizovaný, není důvod nepovolit graviditu. V období těhotenství by budoucí matka neměla užívat imunosupresiva a interferon, menší dávka kortikoidů však není na překážku. Pro většinu matek s RS není kojení nijak nebezpečné a po období laktace lze užívat imunoglobuliny. Opakované těhotenství u nemocných žen je však více rizikové (Jedlička, 2005, s. 211; Hanulíková, Binder, 2012).

▪ **Komplikace v těhotenství**

Ve spojitosti s roztroušenou sklerózou nejsou potvrzeny žádné časné ani pozdní komplikace v těhotenství. Obecně udávané procento rizika onemocnění pro potomky je zhruba 3-5 %. U žen s RS není zvýšené riziko komplikací v těhotenství či předčasných porodů oproti běžné populaci, nenacházíme ani větší počet intrauterinní růstové retardace plodu (IUGR) nebo intrauterinního úmrtí plodu. I jiné problémy spojené s těhotenstvím, jako jsou preeklampsie či HELLP syndrom se vyskytují ve stejné frekvenci u žen s RS a u zdravých těhotných, pouze riziko trombembolické nemoci (TEN) je zvýšené u pacientek a to v případě snížené mobility. V případě terapie akutní ataky pomocí vysokých dávek kortikoidů, musíme myslet také na nepříznivé účinky terapie v podobě dermatických projevů či zvýšeného krevního tlaku. Z medikamentů užívaných v porodnické problematice nejsou žádné, které by byly u nemocných žen s RS kontraindikovány, ale pokud možno, vybíráme ty, které ženu co nejméně zatěžují, nebo nejlépe nemají žádné nežádoucí projevy. Tedy při výběru tokolytik, při hrozícím předčasném porodu, preferujeme antioxytociny před beta-mimetiky (Hanulíková, Binder, 2012).

▪ **Novinky v prevenci poporodních relapsů**

Pokud žena plánuje těhotenství s diagnostikovanou RS, lékaři doporučují vysazení nemoc modifikující medikamenty. V průběhu gravidity pomocí těhotenských hormonů

dochází k potlačení projevů choroby, velmi brzo po porodu se však nemoc opět prosadí větší frekvencí relapsů. V říjnu roku 2014 byla provedena studie s cílem zhodnotit vliv opakovaného aplikování natalizumabu časně po porodu na riziko poporodního relapsu. Studie je koncipována jako retrospektivní analýza dat sbíraných prospektivně ve studii The Lyon Multiple Sclerosis Cohort. Výzkumu se zúčastnilo šest pacientek, které trpí velice aktivní formou RS. Po skončení výzkumu byl výsledek následující, a to že pouze jedna žena, u které terapie započala 2. den po porodu, prodělala relaps do dvou týdnů od porodu. Ostatních pět žen, které byly stejnou dobu sledovány, byly bez relapsu (Prolekare, 2014).

U pěti ze šesti zúčastněných žen došlo i přes vysoké riziko poporodních relapsů k úplnému vymizení aktivity choroby, a to díky včasnému obnovení aplikací natalizumabu. Získané výsledky ukazují, že natalizumab by mohl být vhodným adeptem k prevenci časných poporodních relapsů (Prolekare, 2014).

3.7 Antikoncepce

Užívání hormonální antikoncepce není nijak v kontraindikaci s onemocněním, právě naopak pomáhá naplánovat vhodně těhotenství a vyrovnává hormonální hladiny v těle (Hanulíková, Binder, 2012).

U pacientek se zhoršenou mobilitou nesmíme opomenout vyšší pravděpodobnost hluboké žilní trombózy. Také u žen, které užívají léky indukující jaterní enzymy, je potřeba myslet na snížený účinek antikoncepce. RS jako nemoc na plodnost žen nemá vliv. Koncepti ale omezují příznaky sexuální dysfunkce a snížení libida, což je průkazné u 50–90 % nemocných (Hanulíková, Binder, 2012).

3.8 Roztroušená skleróza a menopauza

Je prokazatelná spojitost RS a klinickými příznaky v období, kdy probíhají změny ve vylučování pohlavních hormonů. V období klimakteria postupně klesá ovariální funkce a v důsledku toho, dochází k endokrinním, somatickým a psychickým změnám. Při pozorování řady žen s roztroušenou sklerózou lze potvrdit nižší věk menopauzy, než je v běžné populaci. Ovlivňovat jej může i chronicky podávaná medikace. Ženy s RS zahajují hormonální substituční terapii dříve než je tomu u běžné populace a také ji užívají déle, vzhledem k předčasnému výskytu menopauzy. Zatím není prokázán vliv

poklesu hormonální aktivity v klimakteriu na průběh nemoci, ale bylo prokázáno, že tato hormonální substituční terapie nemá negativní vliv na průběh roztroušené sklerózy. Je dokonce možné, že by tato terapie měla mírný pozitivní vliv na průběh nemoci (Petzel a kol., 2007, s. 48).

3.9 Soběstačnost a péče u osob s roztroušenou sklerózou

Nezastupitelnou pomoc pro klienta s RS zaujímá pečovatel, jelikož postupně zhoršovaná mobilita omezuje pacienta a jeho možnosti pohybu, než na co byl zvyklý před nemocí. Tyto obtíže znemožňují klientovi provádět běžné denní činnosti, které se týkají sebedpěče, péče o děti, provozu domácnosti, samostatných nákupů, přípravy jídel a jiné (Mlýnková, 2010, s. 148)

Psychicky je roztroušená skleróza velmi náročná, jelikož postihuje především mladé lidi, kteří mají touhu samostatnosti, chtějí se starat o rodinu a malé děti, což vše je kvůli nemoci omezené. Roztroušená skleróza ovlivní život rodiny, což znamená pro všechny její členy velkou zátěž. Přítomnost pečovatele je příležitostí, jak příbuzným ulehčit a pomoci jim se zvládnutím nemoci jejího člena (Mlýnková, 2010, s. 148).

▪ Hodnocení soběstačnosti nemocného

Hodnocení úrovně soběstačnosti se považuje za zásadní postup při vyšetření nemocného, máme-li v plánu správně rozeznat obtíže a plánovat nezbytné intervence. Vědomosti týkající se hodnotících škál, testů, dotazníků nebo pozorovacích formulářů, pomáhají zdravotnickému personálu posoudit problematiku každodenních všedních činností a mohou nabídnout vodítko k hodnocení nemocného (Ose.zshk).

U pacientů s RS se hodnotící techniky používají k přiznání příspěvku na péči. *Základní podmínkou pro vznik nároku na příspěvek na péči je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav žadatele a potřeba jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti* (Schwarz, 2008, s. 106).

a) Barthelův test všedních činností

Barthelův test hodnotí základní všední činnosti a posuzuje míru závislosti pacienta na pomoci jiné osoby. Jedná se o jednoduchý index posuzující soběstačnost a sebedpěči, který se často využívá u pacientů s chronickým onemocněním. Hodnoty přiřazené ke každé položce vzejdou z hodnocení času a rozsahu stávající pomoci, jež nemocný vy-

žaduje pro provedení aktivity. Barthelův test všedních činností v přílohách (Zahradnická, 2004, s. 15).

b) IADL test

Také test instrumentálních všedních činností, který zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti. Široká škála schopností se týká nejen fyzických, ale také psychických a sociálních aspektů. IADL test k nahlédnutí v přílohách. (Cress, 2012, s. 54).

c) Katzův index nezávislosti v každodenních aktivitách (ADL)

Test ADL hodnotí pacientovu soběstačnost v každodenních aktivitách, které jsou zahrnuty do šesti běžně vykonávaných oblastí, kdy nemocný nebo sestra vybírá vždy jednu z možností, jak pacient danou aktivitu zvládá. Tento index však není schopný zachytit nepatrné odlišnosti ve funkčním výkonu. Katzův index je zobrazen v přílohách. (Svěcená, 2013, s. 134).

4 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA A PODPORA NEMOCNÝCH

Nemocní, trpící roztroušenou sklerózou, mají možnost podpory a pomoci, což je dáno zákonem, který se týká služeb v sociální péči. *Zákon o sociálních službách zabezpečuje základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci. Jedná se o takové spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života, které odpovídají současné úrovni rozvoje společnosti (Česko, 2007).*

▪ Pojem sociální služby

Z evropského pohledu sociálního státu je povinností státu zajistit nezadatelná sociální lidská práva formou přiměřené solidarity mezi občany. Jde o zajištění dostupnosti zdravotní péče, vzdělání, sociálních služeb atd. Sociální službou rozumíme systematickou činnost sociálního subjektu (poskytovatele) vůči sociálnímu objektu (příjemci) pomoci (Malík Holasová, 2014, s. 16).

4.1 Příspěvky a výhody pro nemocné s RS

▪ Průkazy mimořádných výhod

Lidem s vážným fyzickým, sensorickým nebo s mentálním postižením, které ovlivňuje jejich mobilitu nebo schopnost orientace, jsou přiřazeny mimořádné výhody. Stupeň těchto výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod. O udělení mimořádných výhod je potřeba podání žádosti na ÚP. Zaměstnanci úřadu nechají vyhodnotit celkovou zdravotní situaci klienta posudkovým doktorem a podle jeho posudku rozhodnou o přiznání výhod (Potměšilová, 2012, s. 7).

▪ I. stupeň – průkaz TP

Tento stupeň je přiřazen lidem s těžkým postižením. Osoby s tímto stupněm mají vymezený prostor pro sezení v hromadné dopravě a právo na prioritní zacházení při osobním projednávání věci (Potměšilová, 2012, s. 7).

▪ II. stupeň – průkaz ZTP

Průkaz slouží pro obzvláště těžké postižení. Občané s průkazem ZTP mají výhody I. stupně a k tomu nárok na bezplatnou dopravu městskou hromadnou dopravou a slevu na jízdné ve vlaku a vnitrostátní autobusovou dopravu (Potměšilová, 2012, s. 7).

▪ III. stupeň – průkaz ZTP/P

Nárok na průkaz ZTP/P mají lidé, kteří mají obzvláště těžké postižení s nutností průvodce. Mimořádné výhody zde zahrnují výhody I. a II. stupně. Držitelé tohoto průkazu mají také právo na bezplatnou přepravu jejich průvodce hromadnou dopravou (Potměšilová, 2012, s. 7).

4.2 Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením

Mnoho firem má ze zákona povinnost zaměstnat alespoň jednoho klienta se zdravotním postižením. Pokud tak daná firma neučiní, je povinna odvést téměř 60 tisíc korun do státního rozpočtu, nebo musí nakoupit zboží či služby v režimu náhradního plnění v rozsahu téměř 166 tisíc korun bez DPH. Pokud ale daná firma zaměstná klienta s postižením, tak nejen že má šanci od úřadu práce dostat roční příspěvek ve výši 45 tisíc korun, ale má také úlevu na dani z příjmu až 60 tisíc korun. Vychází pak, že zaměstná-li firma člověka s roztroušenou sklerózou, může za rok ušetřit až 274 tisíc korun (Potměšilová, 2012, s. 22).

▪ Legislativní úprava zaměstnání OZP

U člověka se ZP je jako základní kritérium pro posuzování jeho zdravotní situace a udělení určité úrovně invalidity míra poklesu schopnosti provádět soustavnou výdělečnou činnost (Potměšilová, 2012, s. 24).

To, že je člověku přiznán určitý stupeň invalidity neznamená, že je méně schopný práce, naopak pro něj má význam jako určitá ochrana na trhu práce. Funguje to tak, že příslušný ÚP nesmí pacientovi přidělit práci, která by mohla ohrozit jeho zdraví (Potměšilová, 2012, s. 24).

▪ Hlediska posuzující míru poklesu pracovní schopnosti u RS

Určení stupně míry poklesu pracovní schopnosti se prokazuje zhodnocením kondice funkčních systémů - pyramidového mozečkového, senzitivního, zrakového, kmenového, funkci sfinkterů, způsobilost chůze, stání a vliv zjištěných potíží na výkonnost nemocného (Potměšilová, 2012, s. 25).

Potměšilová (2012, s. 25) uvádí, že nejčastější forma, jak hodnotit pokročilost RS je pomocí Kurtzkeho škály EDSS, protože nález samotný na magnetické rezonanci nebo CT bez klinických změn a funkčních obtíží, nemá na pracovní schopnost zásadní vliv.

Minimální funkční postižení, pokles pracovní schopnosti nad 10 %

U nemocných bez větších problémů funkce a lehký neurologický posudek, pacientova výkonnost a mobilita nejsou téměř ovlivněné, mírná slabost nebo spasticita, lehká monoparéza, lehké poruchy chůze, oční obtíže a každodenní činnosti jsou prováděny s problémy. EDSS skóre je 2-3 (Potměšilová, 2012, s. 25).

Lehké funkční postižení, pokles pracovní schopnosti nad 25-35 %

U postižených s ovlivněnou výkonností, ale s téměř nenarušenou mobilitou, chůze na kratší vzdálenosti, některé každodenní činnosti jsou prováděny s menšími problémy, mírné poruchy svěračů nebo parézy končetin a výsledek EDSS je roven 4 (Potměšilová, 2012, s. 25).

Středně těžké funkční postižení, pokles pracovní schopnosti nad 50 %

Kritériem v této oblasti je snížení výkonnosti při obvyklé zátěži, středně významné problémy motoriky, schopnost chůze pouze na menší úseky, podstatné sfinkterové obtíže, každodenní činnosti jsou omezeny a EDSS skóre je 5-6 (Potměšilová, 2012, s. 25).

Těžké funkční postižení, pokles pracovní schopnosti nad 60 %

Bývá u nemocných se zásadním ovlivněním souhrnné výkonnosti a mobility, funkčně podstatné svalové napětí na dvou údech, dyskoordinace, běžné každodenní činnosti významně omezeny a EDSS hodnocení je 6 -6,5 (Potměšilová, 2012, s. 26).

Zvláště těžké funkční postižení, pokles pracovní schopnosti nad 70 -80 %

Zahrnuje postižené s velmi vážným snížením poklesu souhrnné výkonnosti při mírném zatížení, výrazné poškození motoriky ve smyslu závažných paréz obou údů, téměř nemožná mobilita s přemístěním pouze na minimální vzdálenosti, někdy i závislost na invalidní vozík. Také výrazné citové či poznávací potíže s těžkým omezením všedních činností. Skóre EDSS je nad 7 (Potměšilová, 2012, s. 26).

▪ **EDSS škála**

EDSS (Expanded Disability Status Scale) nebo také tzv. Kurtzkeho škála, je určena k hodnocení poškození CNS u nemocných s RS. Zakladatelem je doktor J. F. Kurtzke, který vymyslel původně DDS (Disability Status Scale). Doktor Kurtzke navrhl škálu z myšlenky, že jakákoliv léčba a její účinnost, se dá stanovit pouze v případě, že jsou potíže spojené s chorobou přesně a důkladně určeny. Základním principem EDSS hodnocení je klasické neurologické posouzení 7 funkčních systémů a to zrakového,

kmenového, pyramidového, mozečkového, senzitivního, mentálního a sfinkterového. Hodnotí se také chůze či aktuální úroveň pohyblivosti a soběstačnosti (Dufek, 2011, s. 9).

EDSS se využívá k dlouhodobému sledování nemocných, především na klinikách, kde se specializují na RS, jelikož snadné číselné hodnocení se snadno porovnává (Dufek, 2011, s. 9).

EDSS 0	bez potíží, neurologický náleznormální
EDSS 1	potíže mírné nebo jen anamnestické, výkonnost intaktní, nepatrné odchylky v neurologickém nálezu
EDSS 2	potíže jen lehké, výkonnost dotčena minimálně, malý neurologický nálezn
EDSS 3	postižení výraznější, hybnost a výkonnost dotčena, pracovní schopnost zachována. Neurologicky vyjádřeny základní příznaky nebo kombinace více lehčích příznaků
EDSS 4	postižení těžší, hybnost, výkonnost a pracovní schopnost omezeny, normální způsob života možný bez závislosti na pomoci druhé osoby
EDSS 5	postižení značné, pracovní neschopnost, chůze na kratší vzdálenost (500 metrů) samostatně možná
EDSS 6	hybnost omezená s pomocí hole, berle, opěrného aparátu, přesuny na krátké vzdálenosti, doma s přidržováním se o předměty, schopnost výkonu drobných prací a) bez pomoci druhé osoby, b) s pomocí druhé osoby
EDSS 7	hybnost velmi obtížná až nemožná, je závislá na invalidní vozík, přesuny do vozíku a jeho ovládání bez cizí pomoci, základní soběstačnost zachována
EDSS 8	ležící, závislost na invalidní vozík s cizí pomocí, soběstačnost

EDSS 9	zcela ležící, nesoběstačný, bezmocný
EDSS 10	úmrtí v důsledku RS

Tabulka č. 2 - Stupně EDSS škály (Jedlička, 2005, s. 208).

4.3 Unie ROSKA

Posláním Unie Roska je pomáhat lidem s roztroušenou sklerózou žít kvalitní důstojný a plnohodnotný život (Roska, 2007).

Česká multiple sclerosis společnost je celostátní nezávislá unie, která se stará a pomáhá nemocným s RS. Česká republika je součástí celosvětové federace MSIF. Je také členem její evropské platformy EMSP při EU. Unie Roska se stará o hospodaření s udělenými státními dotacemi na akce celostátního působení, jako jsou informační servis, poradenství, vzdělávání na vlastním akreditovaném pracovišti, publikování globálního časopisu Roska a jiných materiálů v edici Roska atd. Členem Unie může být každý, kdo trpí roztroušenou sklerózou, nebo se jen o tuto problematiku zajímá a má dobrý vztah k takto nemocným. Součástí Unie mohou být i právnické osoby. Hlavním úkolem sdružení je napomáhat nemocným s RS žít kvalitní důstojný a plnohodnotný život (Roska, 2007).

4.4 Občanské sdružení SMS

Občanské sdružení SMS je registrovaná nezisková organizace, sdružující mladé sklerotiky. Složení svého názvu vysvětluje popisem mladých lidí, jako pacienty s pozitivním postojem k životu, tedy nezáleží na věku, ale na duchu člověka. Jako sklerotika popisuje člověka trpícího roztroušenou sklerózou a postižené charakterizuje jako všechny lidi, které nemoc omezuje v různých oblastech, což tedy zahrnuje i příbuzenstvo, přátele, různé asistenty a jiné. Nejen tedy samotné pacienty (KlubSMS).

Hlavními cíli občanského Sdružení mladých sklerotiků jsou podpora nově diagnostikovaných nemocných vyrovnat se s onemocněním a snažit se je motivovat k aktivnímu přístupu, nabídnout jim přísun nejnovějších informací o RS z ověřených zdrojů a na základě toho umožnit sdílet své zkušenosti a praktické rady ve fórech a

diskuzích, podílet se na různých akcích sportovního, kulturního nebo společenského zaměření, seznámit širokou veřejnost o problematice onemocnění a hlavně aktivizovat nemocné ohledně zlepšení kvality života s RS (KlubSMS).

4.5 Nadační fond IMPULS

Nadační fond Impuls byl založen pod myšlenkou vytvoření centra pro pacienty s RS, které by zajišťovalo kvalitní a komplexní péči o nemocné. Což umožňuje léčba pouze na nejvyšší úrovni, která je ověřená a vychází z nejnovějších medicínských zjištění. Komplexní péče je zprostředkována speciálně školenými zdravotníky ve vybaveném prostředí. Důležitá je také informovanost pacientů o onemocnění a to především v oblasti terapie a možnostech jak se s nemocí vypořádat a vést co nejvíce kvalitní život (Multiplesclerosis, 2005-2014).

Jako hlavní cíle si Nadační fond Impuls klade financování programů, jež se zabývají terapií a rehabilitací demyelinizačních onemocnění. Dále podílením se na uskutečnění vědeckých výzkumů, studijní nebo také osvětové aktivitě vázající se k roztroušené skleróze (Multiplesclerosis, 2005-2014).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavní cíl: Zjistit, v jaké věkové skupině jsou respondentky nejvíce omezovány v oblasti soběstačnosti a celkového zdravotního stavu

- Otázky vztahující se k tomuto cíli: č. 3, 4, 7, 10, 12, 13, 14

Další cíle

1. Zjistit, v jaké věkové skupině jsou respondentky nejvíce omezovány v oblasti práce schopnosti
 - Otázky vztahující se k tomuto cíli: 8, 9, 11, 15
2. Zjistit, v jaké věkové skupině došlo u respondentek ke změnám v oblasti sociálních vztahů
 - Otázky vztahující se k tomuto cíli: 16, 17
3. Zjistit, v jaké věkové skupině má/měla antikoncepce největší vliv na průběh nemoci
 - Otázky vztahující se k tomuto cíli: 18, 19
4. Zjistit, v jaké věkové skupině jsou respondentky nejvíce omezovány v oblasti sexuální aktivity
 - Otázky vztahující se k tomuto cíli: 20
5. Zjistit, v jaké věkové skupině mají/měly ženy nejvíce problémy v těhotenství a zda byly o tomto riziku informovány
 - Otázky vztahující se k tomuto cíli: 21, 22, 23

Charakteristika vzorku respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnily ženy, které splňovaly tyto kritéria:

- byla jim diagnostikována roztroušená skleróza
- věk respondentek byl 18 až 45 let

Přes internetové zdroje bylo vyplněno 109 elektronických dotazníků. Pro nesplnění dotazníkových kritérií bylo vyřazeno 15 kusů. Pro zpracování dat bylo využito 94 kompletně vyplněných dotazníků. Celkový počet respondentek byl tedy 94.

Metody šetření

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda prostřednictvím dotazníkového šetření.

Kutnohorská (2009, s. 41) charakterizuje dotazník jako *standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem upraveny na určitém formuláři. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu.*

Charakteristika dotazníkových položek

Dotazník obsahuje 23 otázek a to otázky polootevřené a jednu uzavřenou. Respondentky vybíraly pouze jednu odpověď, pokud tomu nebylo uvedeno jinak a u polootevřených otázek byla vždy možnost doplnit alternativní odpověď.

První část dotazníku je zaměřena na identifikační otázky a vliv nemoci na stav ženy. V druhé části na omezení mobility a vlivu na průčeschnost. Třetí část se soustředí na sociální příspěvky a soběstačnost ženy. Čtvrtá část je zaměřena na užívání antikoncepce a těhotenství u žen.

Organizace výzkumného šetření

Sběr dat probíhal od 4. února 2015 do 16. února 2015, tedy 13 dnů. Dotazník byl uskutečněn elektronickou formou. Rozeslala jsem jej přes sociální síť do sdružení lidí s RS a to celkově asi do 4 skupin. Dále jsem kontaktovala Unii Roska v Olomouci a domluvila si s nimi schůzku, která se týkala spolupráce na mém šetření. Zástupkyně Unie Roska pro Olomoucký kraj rozeslala dotazník ženám, které Unii navštěvují. Stejnou spolupráci mi nabídla také Unie Roska v Plzni, která jej rovněž rozeslala všem svým členkám.

5.1 Zpracování dat

Získané údaje byly vyhodnoceny a zpracovány v podobě grafů a tabulek. Pro vyhodnocení dotazníků jsem použila filtry dle věkových kategorií a následně jsem provedla kategorizaci pro otevřené odpovědi. Absolutní četnost (n) představuje počet odpovědí

a relativní četnost vyjadřuje procentuálně, jaká část respondentů odpověděla stejně na danou položku. K vytvoření jednotlivých grafů a tabulek byl použit program Microsoft Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

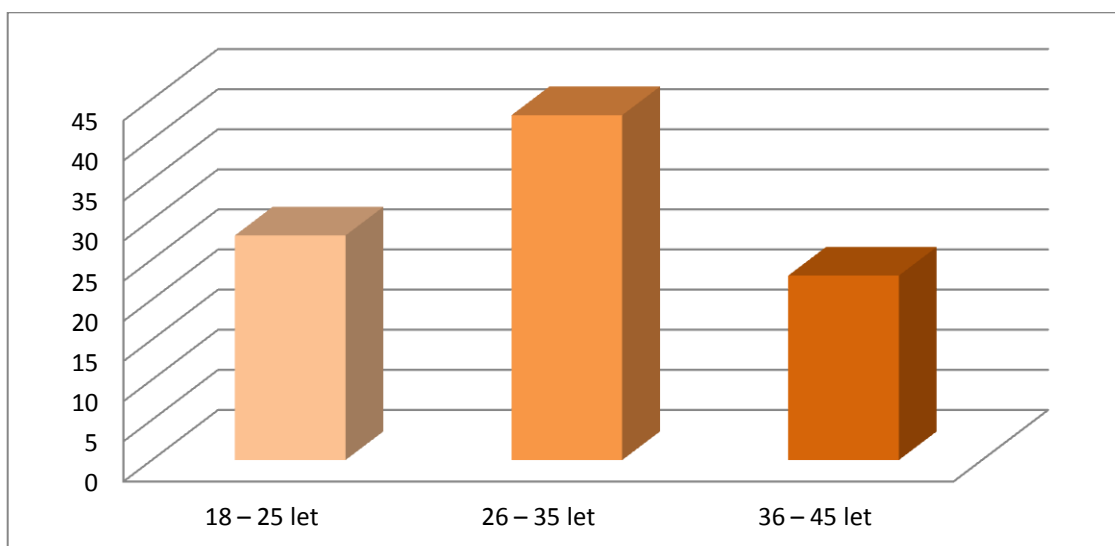
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

Položka č. 1. Vaše věková kategorie?

Tabulka č. 3 - Věkové kategorie

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18 – 25 let	28	29,78
26 – 35 let	43	45,74
36 – 45 let	23	24,47
Celkem	94	100,00

Graf č. 1 - Věkové kategorie



Komentář k otázce č. 1:

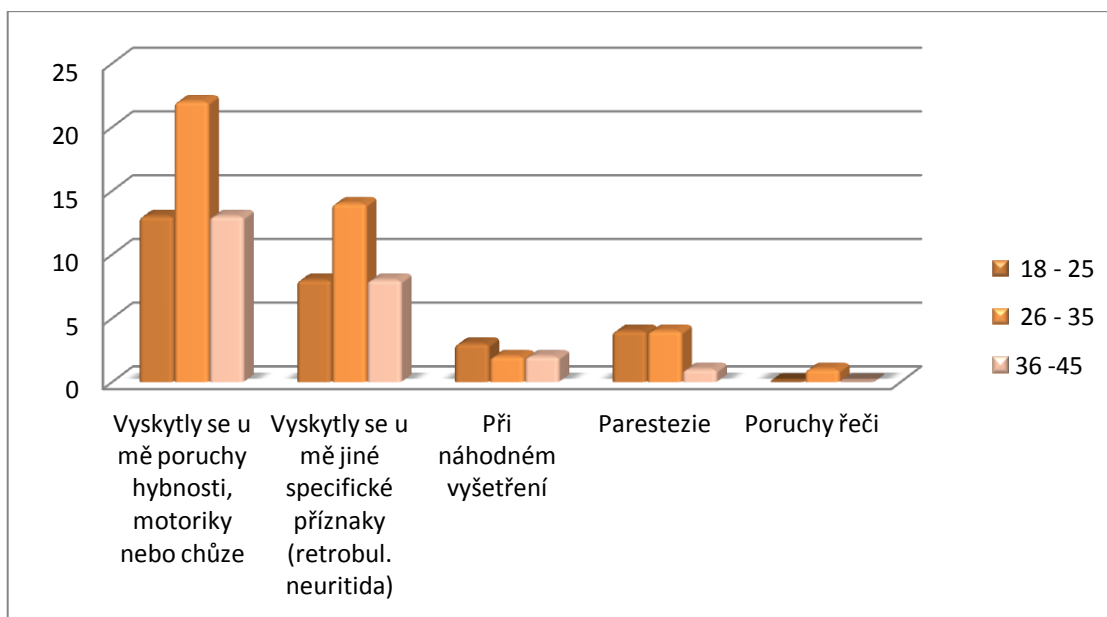
Z celkového počtu 94 dotazovaných respondentek bylo 28 žen ve věkové kategorii 18 – 25 let, což je 29,78 %. Ve věkové kategorii 26 – 35 let bylo 43 respondentek, což je 45,74 % a tvoří nejvíce početnou skupinu, 23 žen bylo ve věku 36 – 45 let, což je 24,47 % a je to skupina nejméně početná.

Položka č. 2. Jak jste se dozvěděla svou diagnózu?

Tabulka č. 4 – Zjištění diagnózy

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Vyskytly se u mě poruchy hybnosti, motoriky nebo chůze	13	22	13	46,43	51,16	54,17
Vyskytly se u mě jiné specifické příznaky (retrobul. neuritida)	8	14	8	28,57	32,56	33,33
Při náhodném vyšetření	3	2	2	10,72	4,66	8,33
Parestezie	4	4	1	14,28	9,30	4,17
Poruchy řeči	0	1	0	0,00	2,32	0,00
Celkem	28	43	24	100,00	100,00	100,00
	95					

Graf č. 2 - Zjištění diagnózy



Komentář k otázce č. 2:

Tato otázka byla polotevřená a ženy měly možnost napsat i jiné způsoby, jak jim byla nemoc zjištěna. Z grafu je možno vyčíst, že nejčastější důvod k zjištění diagnózy je výskyt poruch hybnosti, motoriky nebo chůze a to u všech věkových kategorií, jak uvedlo 48 žen, což je 50,52%. U nejmladších žen to bylo 46,43 %, u věkové kategorie 26-35 takto odpovědělo 51,16 % a u poslední věkové kategorie tato odpověď činila 54,17 %. Jako druhou nejčastější možnost zvolily ženy výskyt jiných specifických příznaků, jako je retrobulbární neuritida. U žen ve věku 18-25 let takto odpovědělo 8

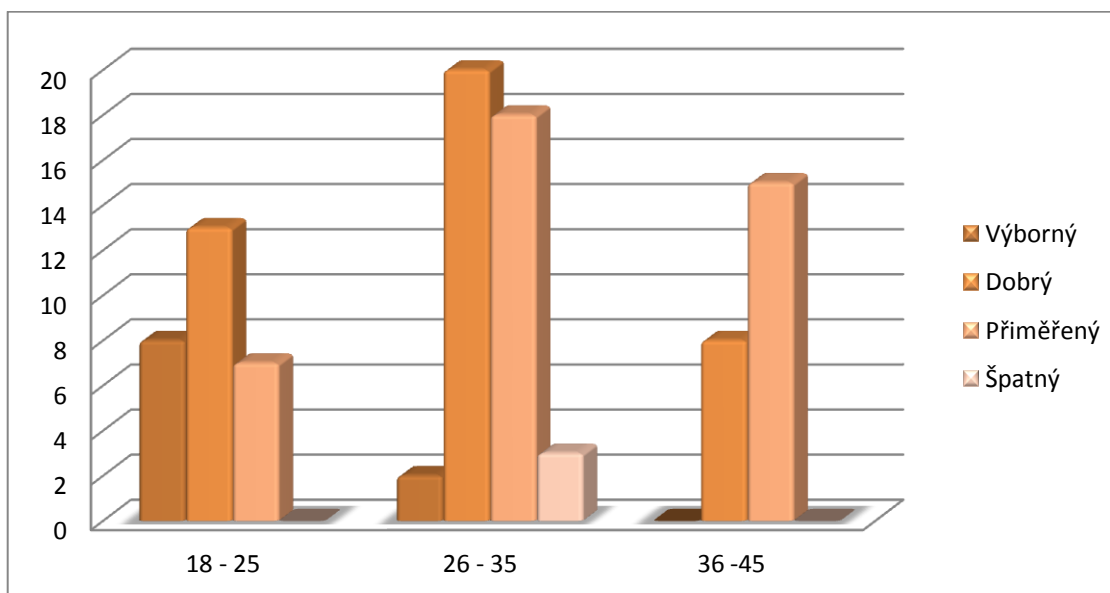
žen, což je 28,57 %. U žen věkové kategorie 26-35 let tuto možnost označilo 14 žen, což je 32,56 % a u třetí, nejstarší věkové kategorie tuto možnost uvedlo 8 žen, což je 33,33 %. A naopak nejméně častý způsob zjištění diagnózy nemoci jsou poruchy řeči, jak odpověděla pouze 1 žena ve věku 26 – 35 let.

Položka č. 3. Řekla byste celkově, že Váš zdravotní stav je?

Tabulka č. 5 – Zdravotní stav

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Výborný	8	2	0	28,57	4,65	0,00
Dobry	13	20	8	46,43	46,51	34,78
Přiměřený	7	18	15	25,00	41,86	65,22
Špatný	0	3	0	0,00	6,98	0,00
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 3 - Zdravotní stav



Komentář k otázce č. 3:

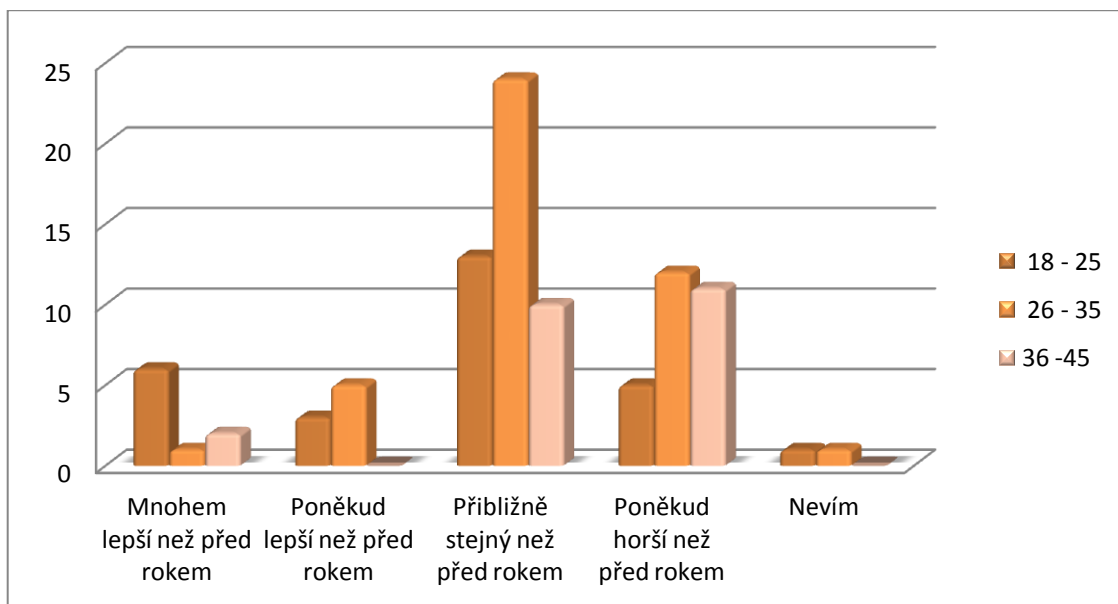
Z grafu č. 3 lze vyčíst, že ženy ve věku 18-25 let hodnotí svůj celkový zdravotní stav spíše kladně. Nejčastější jejich odpověď byla, že zdravotní stav je dobrý, jak označilo 13 žen, což je 46,43 %. U žen ve věku 26 – 35 let byla nejčastější odpověď také dobrý zdravotní stav, jak uvedlo 20 žen, což činí 46,51 %. U nejstarší věkové kategorie nejvíce žen odpovědělo, že jejich celkový zdravotní stav je přiměřený, jak odpovědělo 15 žen, což je 65,22 %. V této kategorii označilo možnost dobrý pouze 8 respondentek, což je 34,78 %. Jako špatný označily svůj zdravotní stav pouze 3 ženy z věkové kategorie 26-35 let, což je 6,98 %.

Položka č. 4. Jak byste hodnotila svůj zdravotní stav ve srovnání se stavem před rokem?

Tabulka č. 6 – Srovnání zdravotního stavu

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Mnohem lepší než před rokem	6	1	2	21,43	2,32	8,69
Poněkud lepší než před rokem	3	5	0	10,71	11,63	0,00
Přibližně stejný jako před rokem	13	24	10	46,43	54,82	43,48
Poněkud horší než před rokem	5	12	11	17,86	27,9	47,83
Nevím	1	1	0	3,57	3,33	0,00
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 4 - Srovnání zdravotního stavu



Komentář k otázce č. 4

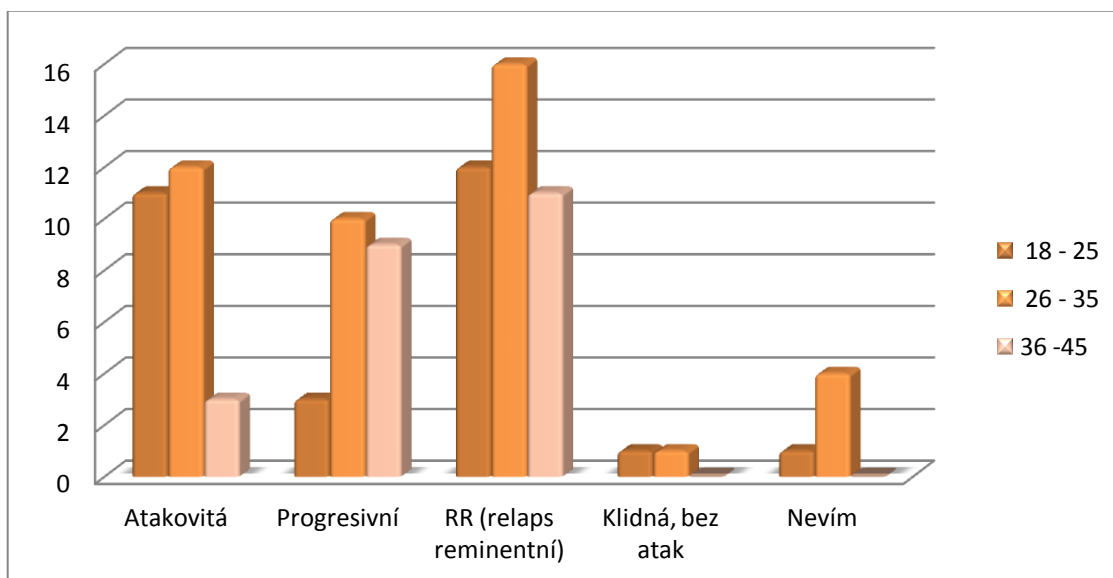
Graf č. 4 znázorňuje srovnání zdravotního stavu žen před rokem a nyní. Ženy ve věku 18-26 let nejčastěji označily, že jejich zdravotní stav je přibližně stejný jako před rokem a to 46,43 %, což bylo celkem 13 žen. Ve věkové kategorii 26-35 let byla nejčastější odpověď také přibližně stejný stav jako před rokem, což zvolilo za možnost 24 žen, to činí 54,82 %. Nejstarší věková kategorie 36 – 45 let označila nejčastěji možnost, že jejich stav je poněkud horší než před rokem a to 47,83 %, což zvolilo 11 žen.

Položka č. 5. Jakou máte formu RS?

Tabulka č. 7 – Forma RS

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Atakovitá	11	12	3	39,29	27,90	13,00
Progresivní	3	10	9	10,71	23,26	39,10
RR (relaps reminentní)	12	16	11	42,86	37,22	47,80
Klidná, bez atak	1	1	0	3,57	2,32	0,00
Nevím	1	4	0	3,57	9,30	0,00
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 5 - Srovnání zdravotního stavu



Komentář k otázce č. 5

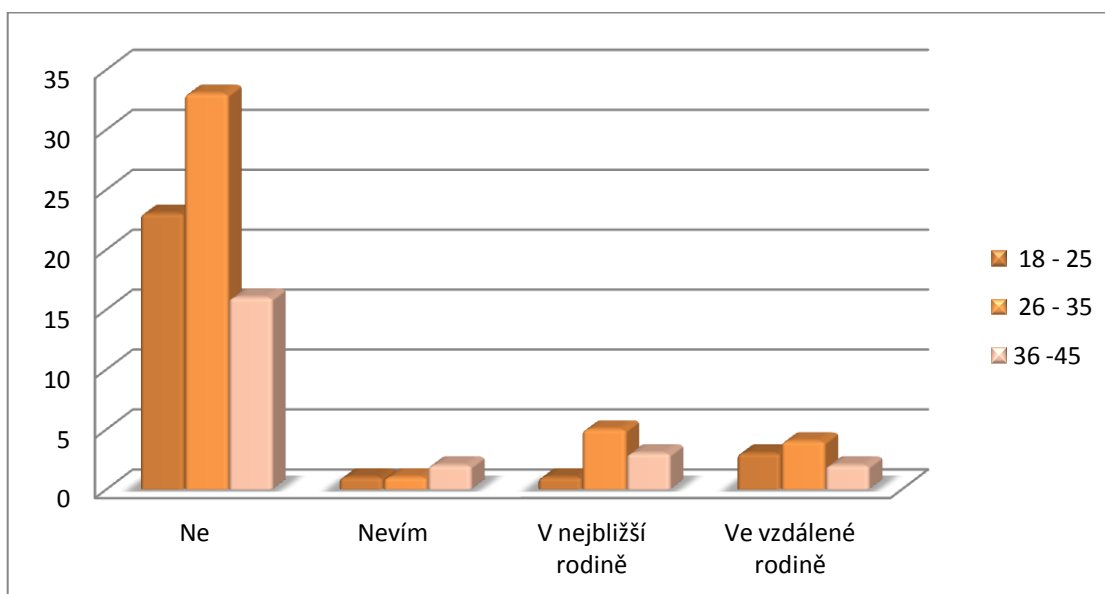
U této otázky byla nejčastěji všemi respondentkami zvolena možnost RR (relaps reminentní) forma RS. U žen ve věku 18-25 let to bylo 12 žen, což je 42,86 %. Ženy ve věkové kategorii 26 – 35 let označily tuto možnost ve 37,22 %, což je 16 žen. Ve věkové kategorii 36 – 45 let takto odpovědělo 11 žen, což je 47,80 %. Na druhém místě byla forma atakovitá, kterou zvolilo 26 žen, což je 27,66 % a na třetím místě forma progresivní, jež zvolilo 22 žen, což je 34,40 %. Nejméně častá forma u všech žen byla klidná, bez atak a 5 žen odpovědělo, že neví, jakou mají formu RS.

Položka č. 6. Vyskytuje se ve Vaší rodině RS?

Tabulka č. 8 – Výskyt RS v rodině

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	23	33	16	82,14	76,75	69,57
Nevím	1	1	2	3,57	2,32	8,69
V nejbližší rodině	1	5	3	3,57	11,63	13,04
Ve vzdálené rodině	3	4	2	10,72	9,30	8,70
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 6 - Výskyt RS v rodině



Komentář k otázce č. 6

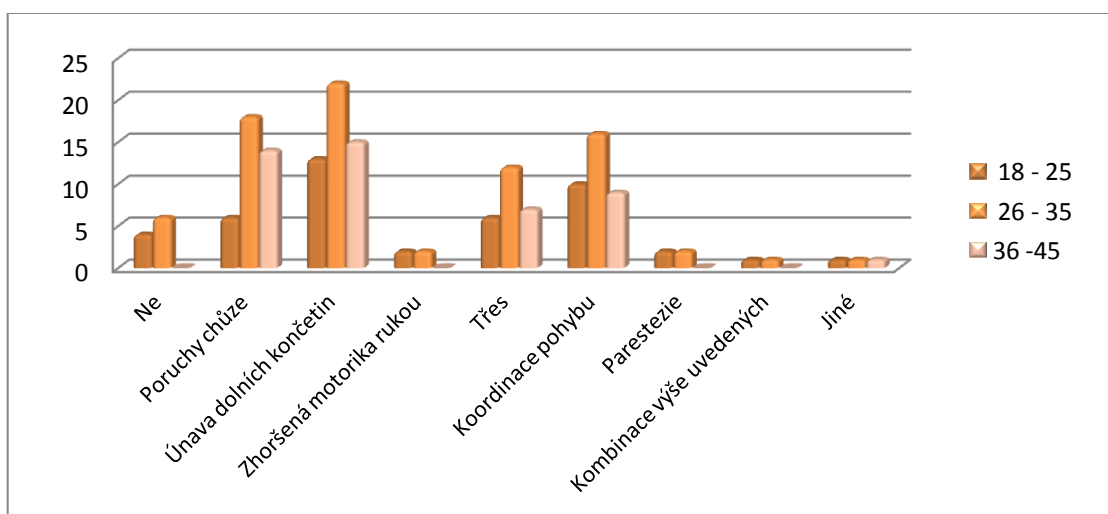
Z celkového počtu 94 žen odpověděla velká většina, že se u nich v rodině RS nevyskytuje. A to 82,14 % žen ve věku 18-35 let, 76,75 žen ve věku 26-35 let a 69,57 % žen nejstarší věkové kategorie. Výskyt RS v nejbližší rodině potvrdilo 5 žen ve věkové kategorii 26-35 let, což činí 11,63 % a 3 ženy ve věkové kategorii 36 – 45 let, což je 13,04 %. U nejmladších žen takto odpověděla pouze 1 žena, což je 3,57 %. Také 9 žen celkově potvrdilo výskyt RS ve vzdálenější rodině a to 3 ženy ve věku 18-25 let, což odpovídá 10,72 %, 4 ženy ve věku 26-45 let, což je 9,30 % a 2 ženy věkové kategorie 36-45 let, to je 8,70 %. Dohromady 4 ženy označily možnost, že neví, zda se vyskytuje v rodině RS.

Položka č. 7. Máte poruchy motoriky? Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 9 – Poruchy motoriky

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	4	6	0	8,89	7,50	0,00
Poruchy chůze	6	18	14	13,33	22,50	30,44
Únava dolních končetin	13	22	15	28,90	27,50	32,61
Zhoršená motorika rukou	2	2	0	4,44	2,50	0,00
Třes	6	12	7	13,34	15,00	15,22
Koordinace pohybu	10	16	9	22,22	20,00	19,56
Parestezie	2	2	0	4,44	2,50	0,00
Kombinace výše uvedených	1	1	0	2,22	1,25	0,00
Jiné	1	1	1	2,22	1,25	2,17
Celkem	45	80	46	100,00	100,00	100,00
	171					

Graf č. 7 – Poruchy motoriky



Komentář k otázce č. 7

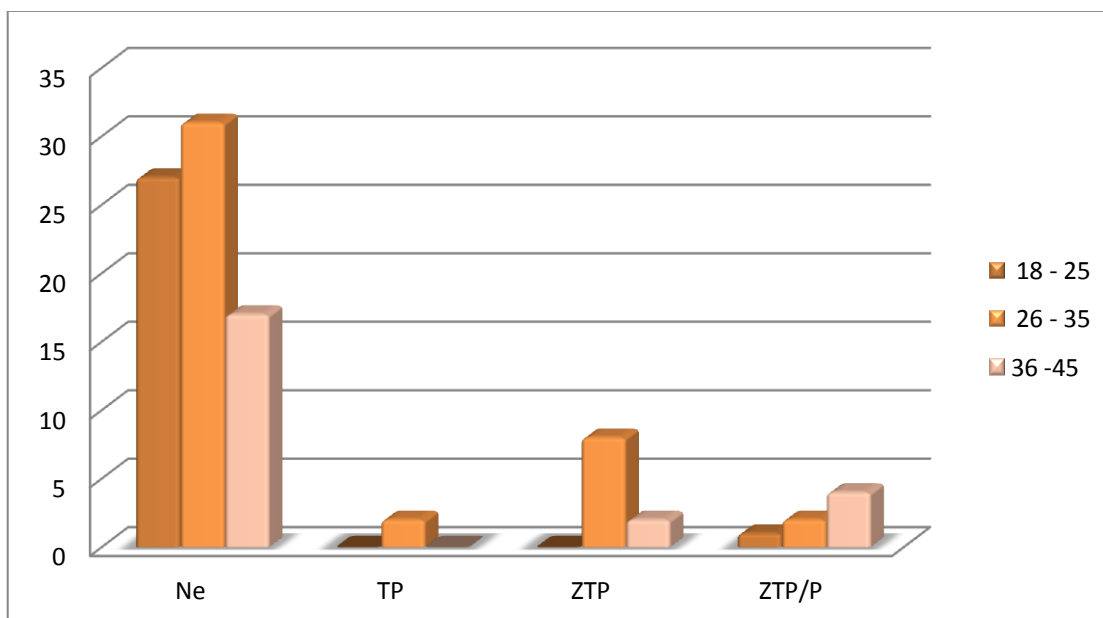
Z grafu je možno vyčíst, že pouze 10 žen odpovědělo, že nemají poruchy motoriky. U této otázky ženy mohly označit více možných odpovědí a dopsat alternativní podle sebe. Všechny ženy označily nejčastěji jako odpověď únavu dolních končetin. U žen ve věku 18-25 let označilo tuto možnost 13 žen, což je 28,90 %. Stejnou možnost zvolilo také 22 žen ve věku 26-35 let, což je 27,50 %. U žen ve věkové kategorii 26-45 let tuto možnost zvolilo 15 žen, to je 32,61 % a pouze o jeden hlas na druhém místě zvolily poruchy chůze, což označilo 14 žen, to je 30,44 %.

Položka č. 8. Vlastníte průkaz mimořádných výhod? Pokud ano, jaký?

Tabulka č. 10 – Průkazy mimořádných výhod

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	27	31	17	96,43	72,10	73,91
TP	0	2	0	0,00	4,65	0,00
ZTP	0	8	2	0,00	18,60	8,70
ZTP/P	1	2	4	3,57	4,65	17,39
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 8 - Průkazy mimořádných výhod



Komentář k otázce č. 8

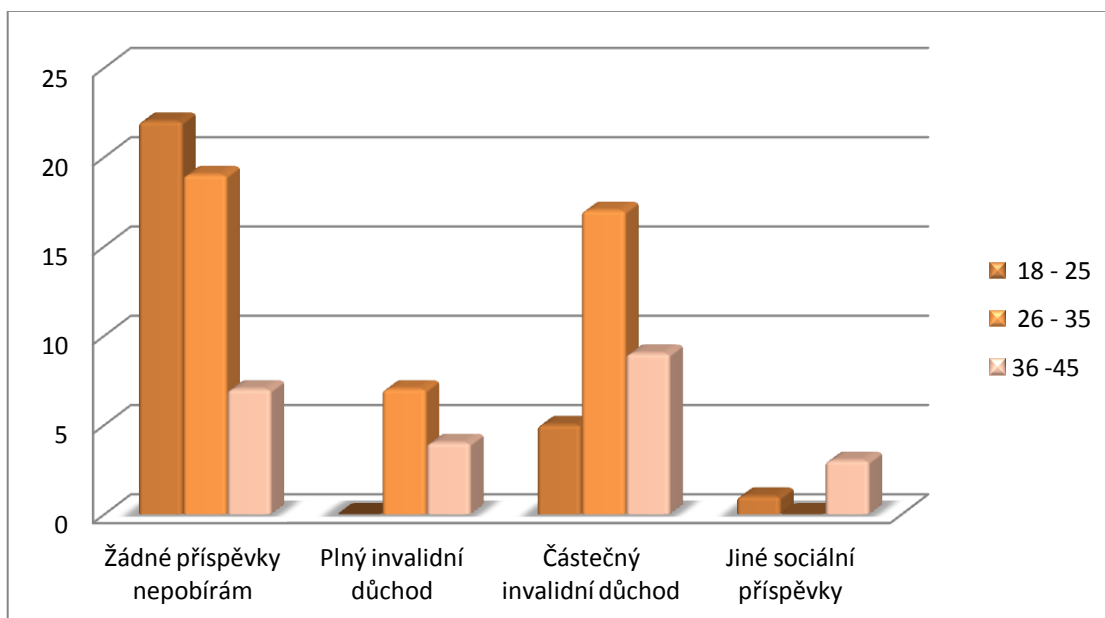
Z celkového počtu 94 respondentek označilo 75 žen stejnou možností, a to, že nevlastní žádný průkaz mimořádných výhod, což je 79,79 %. U nejmladší věkové kategorie vlastní pouze 1 žena průkaz ZTP/P, což je 3,57 %. U žen ve věku 26-35 let vlastní průkazy mimořádných výhod 12 žen a u nejstarší věkové kategorie 6 žen, a to nejčastěji průkaz ZTP.

Položka č. 9. Pobíráte nějaké příspěvky?

Tabulka č. 11 - Příspěvky

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 - 45	18 - 25	26 - 35	36 - 45
Žádné příspěvky nepobírám	22	19	7	78,57	44,19	30,43
Plný invalidní důchod	0	7	4	0,00	16,28	17,39
Částečný invalidní důchod	5	17	9	17,86	39,53	39,14
Jiné sociální příspěvky	1	0	3	3,57	0,00	13,04
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 9 - Příspěvky



Komentář k otázce č. 9

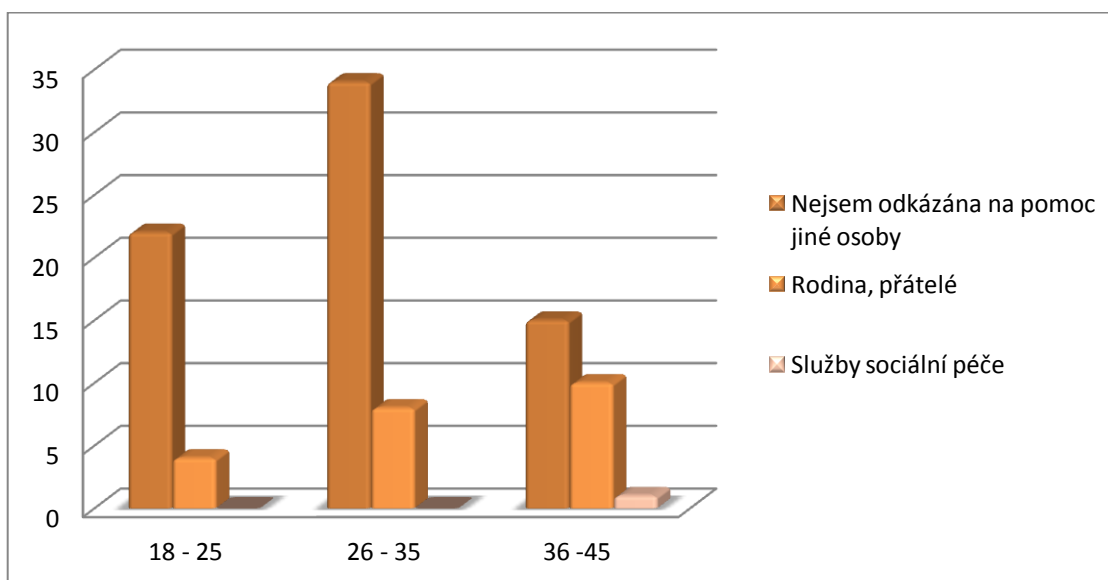
Z grafu lze vyčíst, že u žen ve věku 18-25 let převládá také možnost, že nepobírají žádné příspěvky, tuto možnost zvolilo 22 žen, což je 78,57 %. U žen ve věku 26-35 let jsou odpovědi více vyrovnané. Nejvíce žen odpovědělo, že také nepobírá příspěvky a to 19 žen, což je 44,19 %. Možnost pobírání částečného invalidního důchodu zvolilo 17 žen, což je 39,53 %. U věkové kategorie 36-45 let ženy nejčastěji označily možnost pobírání částečného invalidního důchodu, a to 9 žen, což je 39,14 %.

Položka č. 10. Jste odkázána na pomoc jiné osoby? Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 12 – Pomoc jiné osoby

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Nejsem odkázána na pomoc jiné osoby	22	34	15	84,62	80,95	57,69
Rodina, přátelé	4	8	10	15,38	19,05	38,46
Služby sociální péče	0	0	1	0,00	0,00	3,85
Celkem	26	42	26	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 10 - Pomoc jiné osoby



Komentář k otázce č. 10

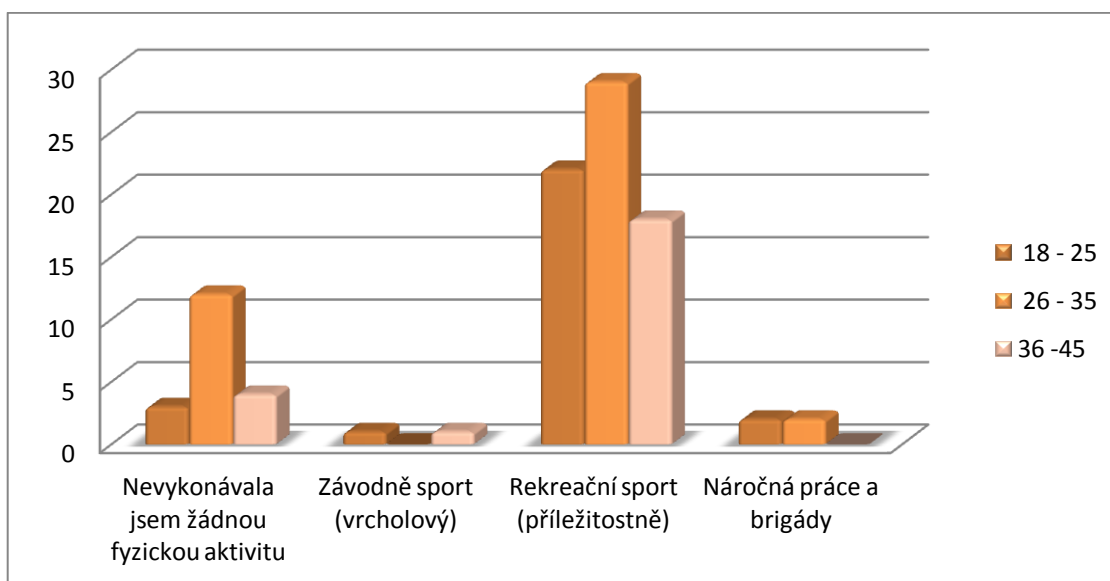
Z grafu je patrné, že většina žen není odkázána na pomoc jiné osoby. U žen nejmladší věkové kategorie takto odpovědělo 22 žen, což je 84,62 %. U žen ve věku 26-35 let tuto možnost zvolilo 34 žen, to je 80,95 % a u žen nejstarší věkové kategorie tuto možnost označilo 15 respondentek, což činí 57,69 %. Druhá nejčastější odpověď byla u všech dotazovaných stejná, a to potřeba pomoci rodiny či přátel. Možnost využití služeb sociální péče zvolila pouze 1 žena z věkové kategorie 36-45 let, což je 3,85 %.

Položka č. 11. Vykonávala jste před onemocněním fyzickou aktivitu?

Tabulka č. 13 – Fyzická aktivita

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Nevykonávala jsem žádnou fyzickou aktivitu	3	12	4	10,71	27,91	17,39
Závodně sport (vrcholový)	1	0	1	3,58	0,00	4,35
Rekreační sport (příležitostně)	22	29	18	78,57	67,44	78,26
Náročná práce a brigády	2	2	0	7,14	4,65	0,00
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 11 - Fyzická aktivita



Komentář k otázce č. 11

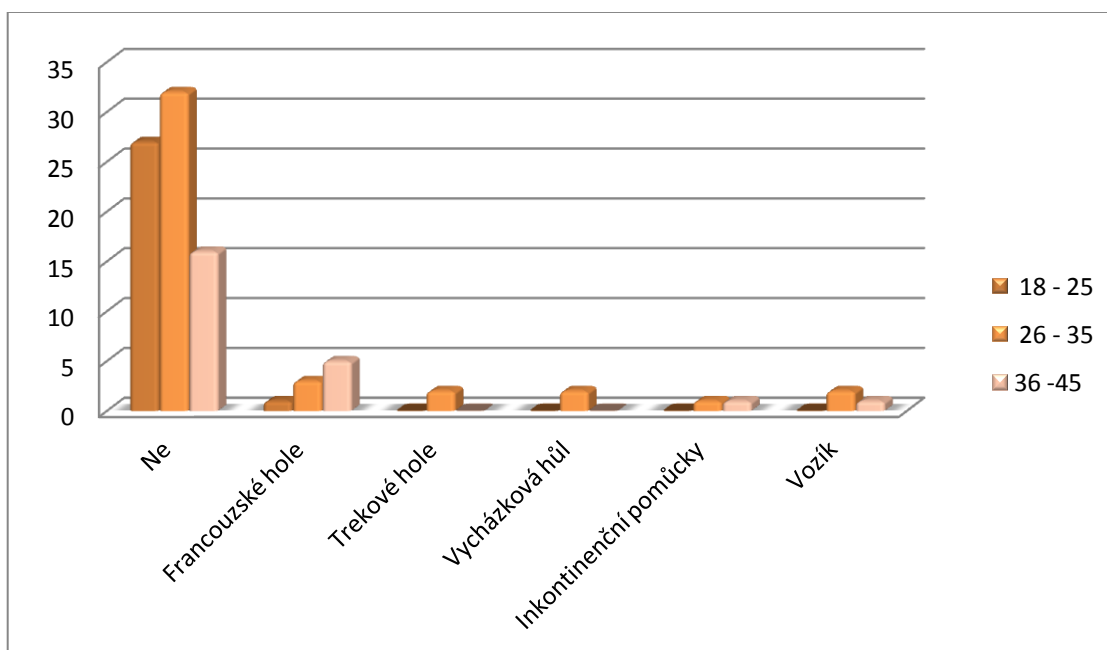
U této otázky lze jednoznačně vyčíst, že všechny věkové kategorie respondentek nejčastěji zvolily možnost, že vykonávaly rekreační sport. U žen ve věku 18-35 let tuto možnost zvolilo 22 respondentek, což je 78,57 %. Nejčastější odpověď to byla také u žen ve věku 26-35 let, kde ji zvolilo 29 žen, což činí 67,44 %. U žen ve věku 36-45 let tuto možnost označilo 18 žen, což je 78,26 %.

Položka č. 12. Používáte kompenzační pomůcky?

Tabulka č. 14 – Kompenzační pomůcky

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	27	32	16	96,43	76,19	69,56
Francouzské hole	1	3	5	3,57	7,14	21,74
Trekové hole	0	2	0	0,00	4,76	0,00
Vycházková hůl	0	2	0	0,00	4,76	0,00
Inkontinenční pomůcky	0	1	1	0,00	2,39	4,35
Vozík	0	2	1	0,00	4,76	4,35
Celkem	28	42	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 12 - Kompenzační pomůcky



Komentář k otázce č. 12

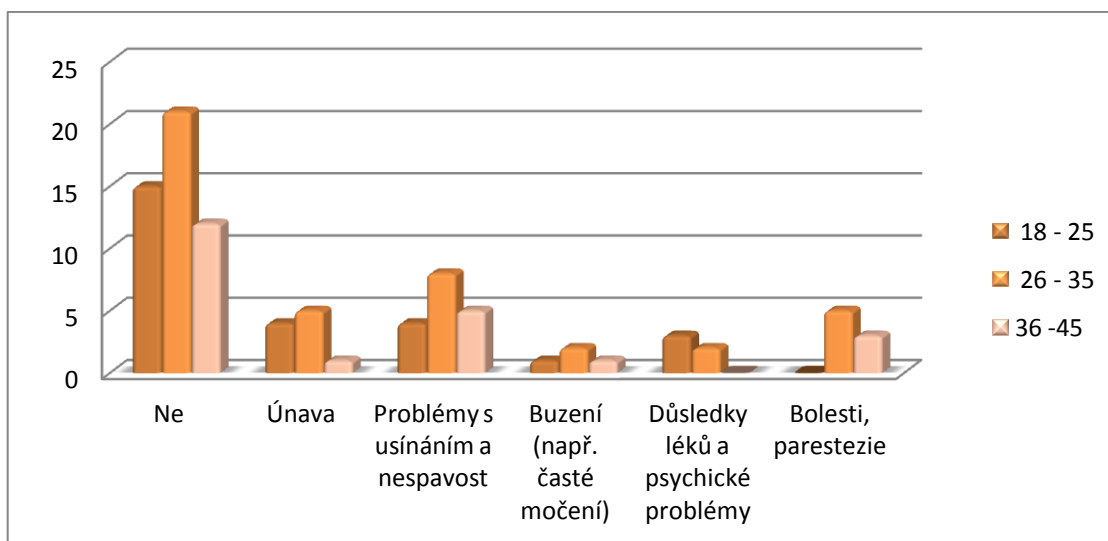
Z tohoto grafu lze také jednoznačně vyčíst, že velká většina žen odpověděla stejně, a to že nepoužívají žádné kompenzační pomůcky, jak uvedlo 75 žen, což je 89,29 %. U žen ve věku 18-25 let takto odpovědělo 27 žen, což je 96,43 % a pouze 1 žena označila možnost používání francouzských holí, což je 3,57 %. U žen ve věku 26-35 let možnost nepoužívání pomůcek zvolilo 32 žen, což je 76,19 %. A u nejstarší věkové kategorie tuto možnost označilo 16 žen, což je 69,56 %. Na druhém místě bylo označeno také používání francouzských holí, což zvolilo 5 žen, to je 21,74 %.

Položka č. 13. Ovlivňuje Vaše onemocnění kvalitu spánku?

Tabulka č. 15 – Kvalita spánku

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	15	21	12	55,55	48,84	54,55
Únava	4	5	1	14,82	11,63	4,54
Problémy s usínáním a nespavost	4	8	5	14,82	18,6	22,73
Buzení (např. časté močení)	1	2	1	3,70	4,65	4,54
Důsledky léků a psychické problémy	3	2	0	11,11	4,65	0,00
Bolesti, parestezie	0	5	3	0,00	11,63	13,64
Celkem	27	43	22	100,00	100,00	100,00
	92					

Graf č. 13 - Kvalita spánku



Komentář k otázce č. 13

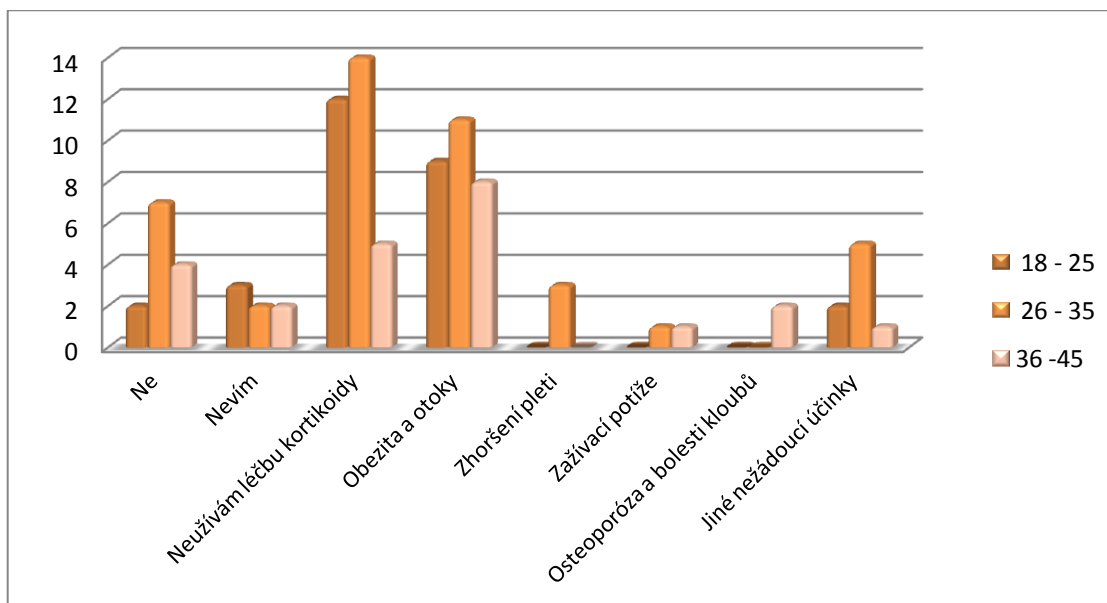
Z celkového počtu 92 respondentek zhruba polovina žen označila možnost, že nemoc neovlivňuje kvalitu jejich spánku. U žen ve věku 18-25 let tuto možnost zvolilo 15 respondentek, což je 55,55 %. U žen ve věkové kategorii 26-35 let tuto možnost označilo 21 žen, což je 48,84 %. Ženy ve věku 36-45 let zvolily také nejčastěji možnost, že nemají problémy se spánkem a to 12 žen, což je 54,55 %. Problémy s usínáním a nespavost byla zvolena jako druhá nejčastější odpověď u všech věkových kategorií.

Položka č. 14. Objevují se u Vás nežádoucí účinky kortikoidů?

Tabulka č. 16 – Nežádoucí účinky kortikoidů

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	2	7	4	7,15	16,28	17,39
Nevím	3	2	2	10,72	4,65	8,70
Neužívám léčbu kortikoidy	12	14	5	42,84	32,56	21,74
Obezita a otoky	9	11	8	32,14	25,58	34,78
Zhoršení pleti	0	3	0	0,00	6,98	0,00
Zaživací potíže	0	1	1	0,00	2,33	4,35
Osteoporóza a bolesti kloubů	0	0	2	0,00	0,00	8,69
Jiné nežádoucí účinky	2	5	1	7,15	11,62	4,35
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 14 - Nežádoucí účinky kortikoidů



Komentář k otázce č. 14

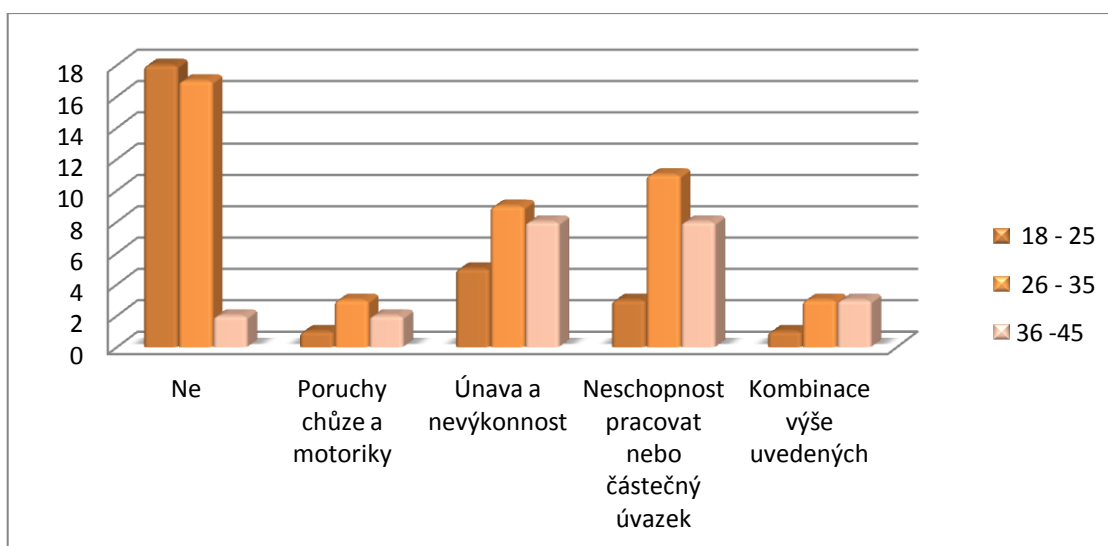
Na tuto otázku ženy odpovídaly otevřeně a po následné kategorizaci byly vymezeny tyto odpovědi. Ženy ve věku 18-25 let nejčastěji odpovídaly, že neužívají léčbu kortikoidy, takto odpovědělo 12 žen, což je 42,84 %. U žen ve věku 26-35 let ženy nejčastěji zvolily stejnou odpověď, kterou zvolilo 14 žen, což je 32,56 %. A u žen nejstarší věkové kategorie byla nejčastější odpověď výskyt obezity a otoků, jež vybralo 8 žen, což je 34,78 %. Počet odpovědí na jiné možnosti se poměrně lišil.

Položka č. 15. Změnila se vlivem choroby Vaše pracovní schopnost?

Tabulka č. 17 – Změny pracovní schopnosti

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	18	17	2	64,29	39,53	8,70
Poruchy chůze a motoriky	1	3	2	3,57	6,98	8,70
Únava a nevykonnost	5	9	8	17,86	20,93	34,78
Neschopnost pracovat nebo částečný úvazek	3	11	8	10,71	25,58	34,78
Kombinace výše uvedených	1	3	3	3,57	6,98	13,04
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 15 - Změny pracovní schopnosti



Komentář k otázce č. 15

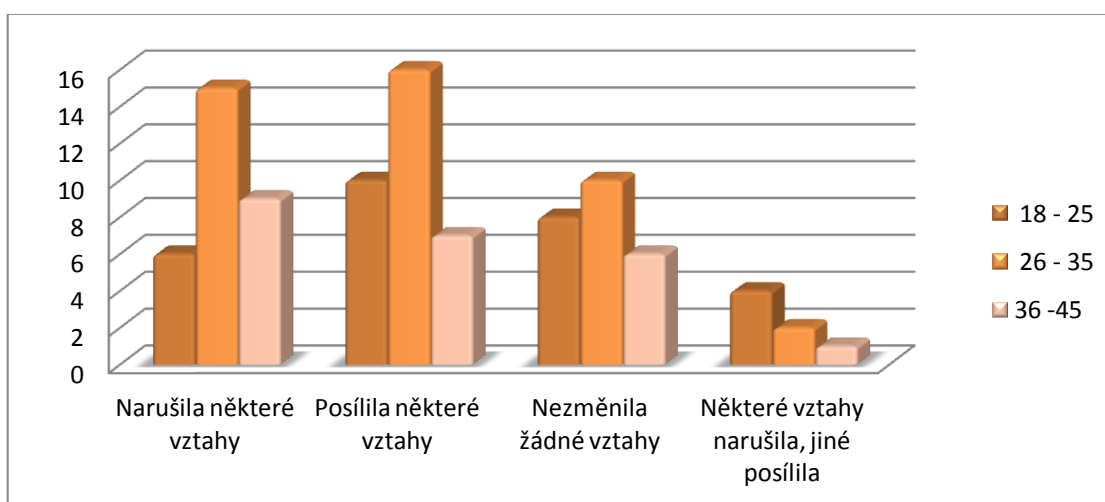
Z celkového počtu 94 respondentek, pouze 37 žen označilo, že nemoc neomezuje jejich práci schopnost. Z grafu lze vyčíst, že se jedná především o první dvě věkové mladší kategorie. U žen ve věku 18-25 let takto odpovědělo 18 respondentek, což je 64,29 %. Ženy ve věku 26-35 let také nejčastěji označily možnost, že nejsou omezo-vány, a to 17 žen, což je 39,53 %. Věková kategorie 36-45 let však nejčastěji označila možnosti omezení únavou a nevykonností a neschopnost pracovat nebo částečný úva-zek. Tyto možnosti měly stejně odpovědí, a to 8 respondentek ke každé, což je 34,78 % k oběma možnostem.

Položka č. 16. Změnila nemoc Vaše sociální vztahy (rodinné, osobní, pracovní apod.)?

Tabulka č. 18 – Vliv RS na vztahy

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Narušila některé vztahy	6	15	9	21,43	34,88	39,13
Posílila některé vztahy	10	16	7	35,71	37,21	30,43
Nezměnila žádné vztahy	8	10	6	28,57	23,26	26,09
Některé vztahy narušila, jiné posílila	4	2	1	14,29	4,65	4,35
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 16 - Vliv RS na vztahy



Komentář k otázce č. 16

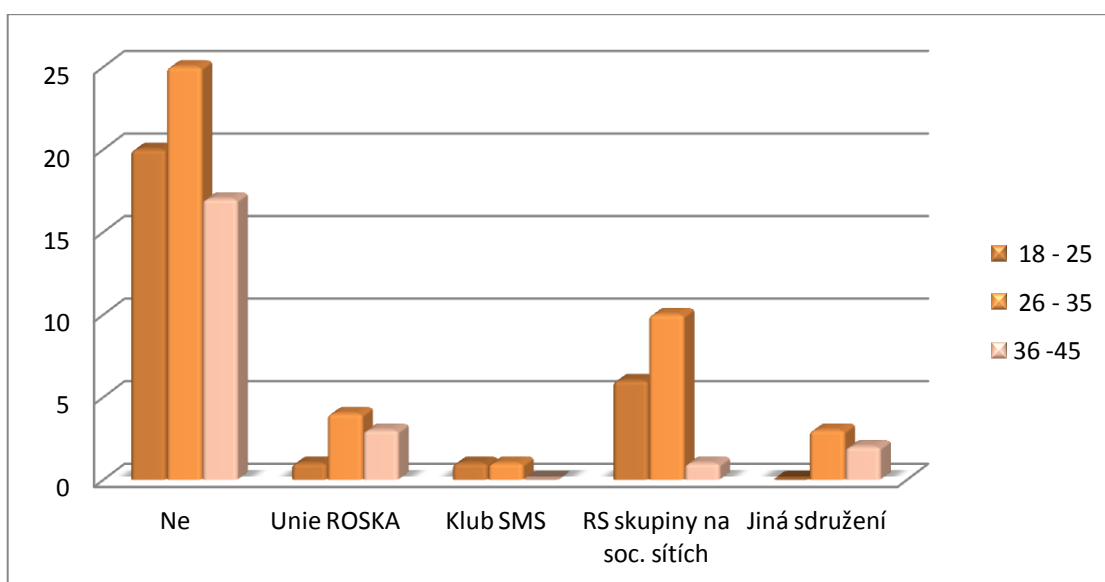
Z grafu je možné vyčíst, že věkové kategorie žen odpovídaly zhruba podobně. První věková kategorie 18-25 let nejčastěji uvedla, že nemoc posílila jejich vztahy, což označilo 10 žen, to je 35,71 %. Na druhém místě zvolily možnost, že nemoc nezměnila žádné vztahy, jak uvedlo 8 žen, což je 28,57 %. Ženy ve věku 26-35 let nejčastěji zvolily odpověď, že nemoc také posílila jejich vztahy, což uvedlo 16 žen, to je 37,21 % a na druhém místě možnost, že nemoc naopak narušila jejich vztahy, jak uvedlo 15 žen, což je 34,88 %. U žen ve věku 36-45 let byla nejčastější odpověď, že nemoc narušila jejich vztahy, jak uvedlo 9 žen, což je 39,13% a jako druhá nejčastější odpověď byla zvolena možnost, že nemoc posílila některé vztahy, což zvolilo 9 žen, to je 39,13 %. Lze tedy říci, že nemoc má zásadní vliv na vztahy žen a to ve všech směrech.

Položka č. 17. Jste součástí nějakého sdružení nebo spolku stejně nemocných lidí?

Tabulka č. 19 – Sdružení nemocných s RS

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	20	25	17	71,43	58,14	73,91
Unie ROSKA	1	4	3	3,57	9,30	13,04
Klub SMS	1	1	0	3,57	2,33	0,00
RS skupiny na soc. sítích	6	10	1	21,43	23,25	4,35
Jiná sdružení	0	3	2	0,00	6,98	8,70
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 17 - Sdružení nemocných s RS



Komentář k otázce č. 17

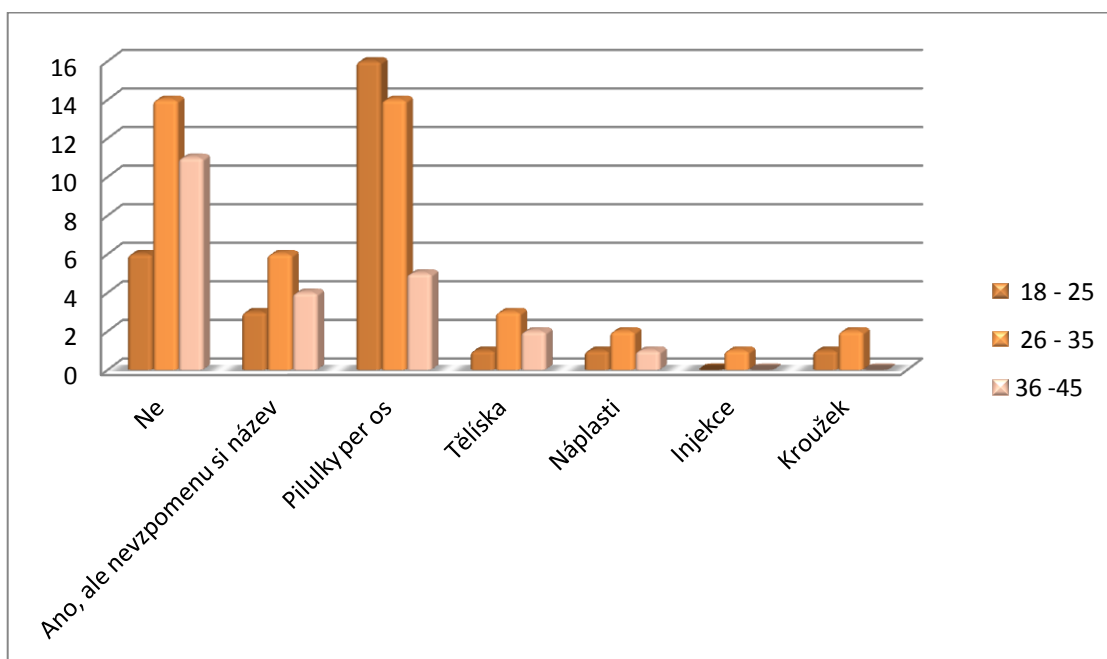
Na otázku, zda jsou ženy členkami nějaké organizace stejně nemocných lidí, odpověděla více než polovina, že nejsou. U žen ve věku 18-25 let tuto možnost zvolilo 20 žen, což je 71,43 % a 6 žen uvedlo, že sledují skupiny o RS na sociálních sítích, což je 21,43 %. Ženy věkové kategorie 26-35 let označily nejčastěji také možnost, že nejsou členkami žádného sdružení. Tuto možnost označilo 25 žen, což je 58,14 % a na druhém místě opět zvolily možnost skupin na sociálních sítích, což označilo 10 žen, to je 23,25 %. Nejstarší věková kategorie zvolila také možnost, že nejsou členkami a to 17 žen, což je 73,91 % a jako druhá nejčastější odpověď byla možnost členství v Unii ROSKA, což označily 3 ženy, to je 13,04 %.

Položka č. 18. Užíváte, nebo užívala jste hormonální antikoncepci?

Tabulka č. 20 – Hormonální antikoncepce

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	6	14	11	21,43	33,33	47,83
Ano, ale nevzpomenou si název	3	6	4	10,71	14,29	17,39
Pilulky per os	16	14	5	57,15	33,33	21,74
Tělíska	1	3	2	3,57	7,14	8,69
Náplasti	1	2	1	3,57	4,76	4,35
Injekce	0	1	0	0,00	2,39	0,00
Kroužek	1	2	0	3,57	4,76	0,00
Celkem	28	42	23	100,00	100,00	100,00
	93					

Graf č. 18 – Hormonální antikoncepce



Komentář k otázce č. 18

Z grafu je možno vyčíst, že nejčastěji zvolené odpovědi byly, že ženy neužívaly antikoncepci a že užívají nebo užívaly pilulky per os. U žen ve věku 18-25 let převládá možnost užívání pilulek, jak uvedlo 16 žen, což je 57,15 % a 6 žen uvedlo, že antikoncepci neužívá, což je 21,43 %. Ženy věkové kategorie 26-35 let zvolily stejný počet odpovědi, že neužívají antikoncepci a že užívají nebo užívaly pilulky. Na obě možnosti odpověděl stejný počet žen a to 14 ke každé odpovědi, což je 33,33 % ke každé

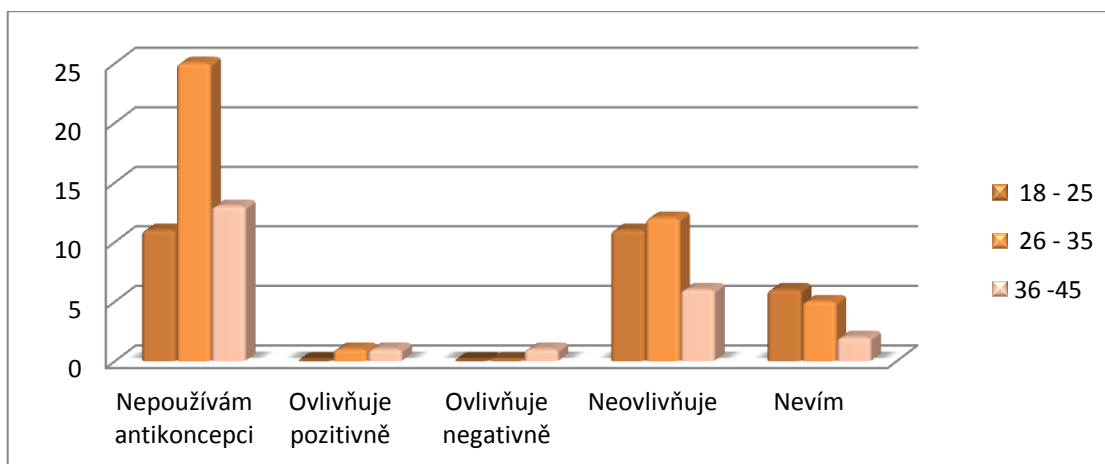
z nich. Ženy ve věku 36-45 let nejčastěji zvolily možnost, že nežívaly antikoncepci, jak uvedlo 11 žen, což je 47,83 %. Na druhém místě vybraly také možnost užívání antikoncepčních pilulek, což zvolilo 5 žen, to je 21,74 %.

Položka č. 19. Ovlivňuje ve Vašem případě roztroušenou sklerózu užívání antikoncepce?

Tabulka č. 21 – Vliv antikoncepce

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Nepoužívám antikoncepci	11	25	13	39,29	58,14	56,52
Ovlivňuje pozitivně	0	1	1	0,00	2,33	4,35
Ovlivňuje negativně	0	0	1	0,00	0,00	4,35
Neovlivňuje	11	12	6	39,29	27,90	26,09
Nevím	6	5	2	21,42	11,63	8,69
Celkem	28	43	23	100,00	100,00	100,00
	94					

Graf č. 19 - Vliv antikoncepce



Komentář k otázce č. 19

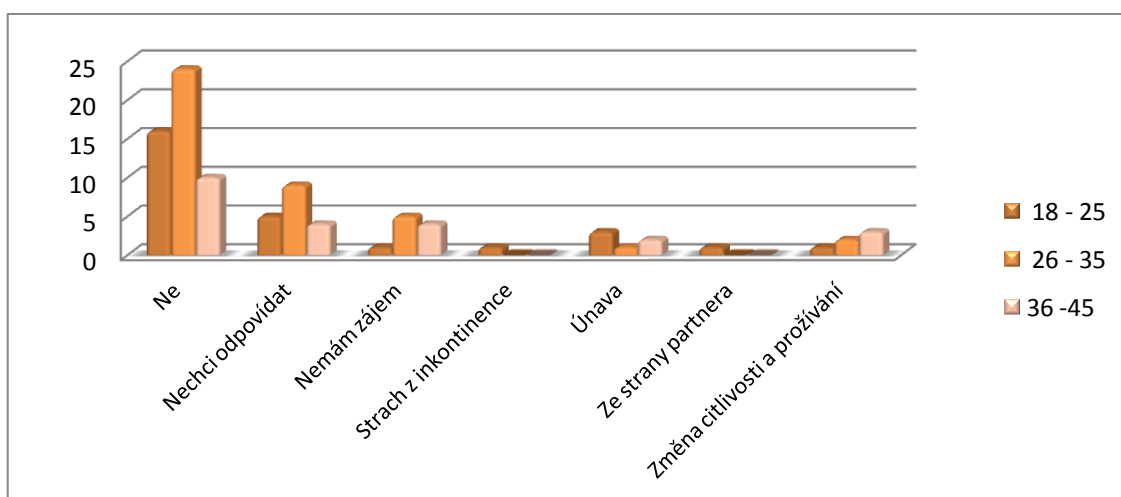
Na otázku, zda u žen ovlivňuje užívání antikoncepce jejich nemoc, byla nejčastější možnost, že antikoncepci již neužívají, což uvedlo celkem 49 žen z 94 dotazovaných, to je 52,13 %. Druhá nejčastěji zvolená možnost byla, že antikoncepce neovlivňuje jejich onemocnění. U žen ve věku 18-25 let tuto možnost zvolilo 11 žen, což je 39,29 %. U žen ve věku 26-35 let tuto možnost zvolilo 12 žen, což je 27,90 % a 1 žena uvedla, že užívání antikoncepce její nemoc ovlivňuje pozitivně. Ženy ve věku 36-45 let na druhém místě také zvolily možnost, že antikoncepce jejich nemoc neovlivňuje, jak uvedlo 6 žen, což je 26,09 %. Zde 1 žena uvedla, že antikoncepce její nemoc ovlivňuje pozitivně a 1 žena také uvedla, že antikoncepce její nemoc ovlivňuje negativně, což je 4,35 % ke každé možnosti.

Položka č. 20. Má RS vliv na Váš sexuální život?

Tabulka č. 22 – Vliv na sexuální život

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	16	24	10	57,14	58,53	43,48
Nechci odpovídat	5	9	4	17,86	21,95	17,39
Nemám zájem	1	5	4	3,57	12,2	17,39
Strach z inkontinence	1	0	0	3,57	0,00	0,00
Únava	3	1	2	10,72	2,44	8,7
Ze strany partnera	1	0	0	3,57	0,00	0,00
Změna citlivosti a prožívání	1	2	3	3,57	4,88	13,04
Celkem	28	41	23	100,00	100,00	100,00
	92					

Graf č. 20 - Vliv na sexuální život



Komentář k otázce č. 20

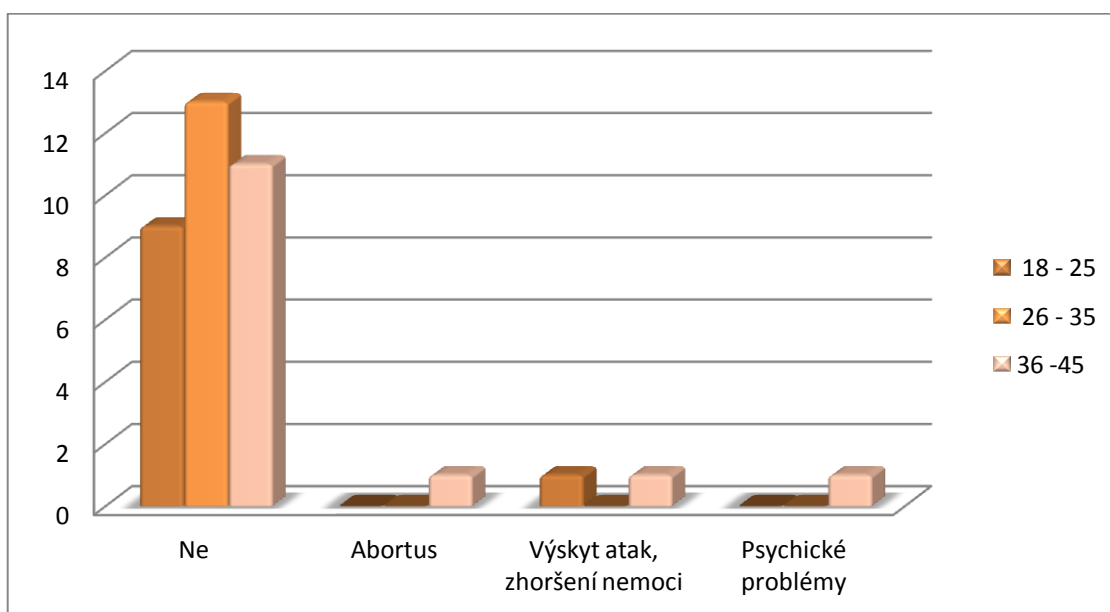
Více než polovina dotazovaných žen uvedla, že onemocnění neovlivňuje jejich sexuální život, a to 50 žen, což je 54,35 %. Jako druhá nejčastěji zvolená odpověď žen byla, že nechtějí k této otázce odpovídat. U žen ve věku 18-25 let nejčastější možnost zvolilo 16 respondentek, což je 57,14 %. A 3 ženy uvedly, že je ovlivňuje únava, což je 10,72 %. U věkové kategorie 26-35 let zvolilo 24 žen možnost, že je nemoc neovlivňuje, což je 58,53 % a 5 žen uvedlo, že z důvodu nemoci nemají o sexuální život zájem, což je 12,20 %. Ženy nejstarší věkové kategorie uvedly také, že nemoc jejich sexuální život neomezuje a to 10 žen, což je 43,48 % a 4 ženy uvedly také, že nemají zájem o sex, což je 17,39 %.

Položka č. 21. Zhoršil se průběh nemoci během Vašeho těhotenství? (týká se žen, které byly nebo jsou těhotné)

Tabulka č. 23 – Vliv RS na průběh těhotenství

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	9	13	11	90,00	100,00	78,58
Abortus	0	0	1	0,00	0,00	7,14
Výskyt atak, zhoršení nemoci	1	0	1	10,00	0,00	7,14
Psychické problémy	0	0	1	0,00	0,00	7,14
Celkem	10	13	14	100,00	100,00	100,00
	37					

Graf č. 21 - Vliv RS na průběh těhotenství



Komentář k otázce č. 21

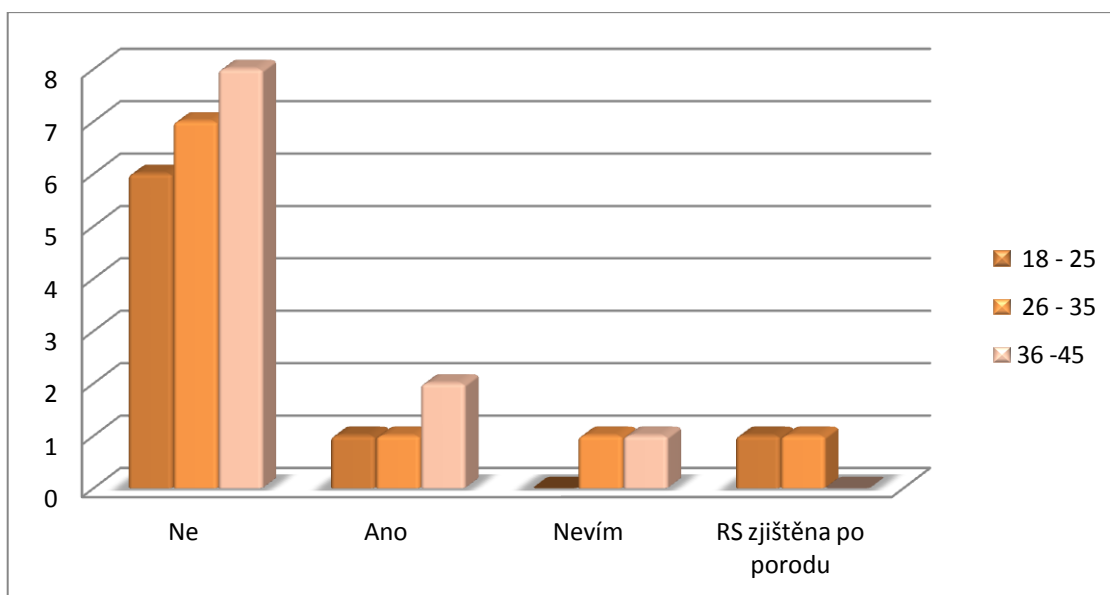
Z celkového počtu 37 žen uvedla většina, že nemoc ovlivnila průběh těhotenství. Takto odpovědělo 33 žen, což je 89,19%. U žen ve věku 18-25 let, označila pouze 1 žena možnost výskytu atak či zhoršení nemoci, což je 10,00 %. Ženy ve věku 26-35 let odpověděly všechny, že nemoc neměla na těhotenství vliv. U žen věkové kategorie 36-45 let, uvedla 1 žena, že nemoc zapříčinila abortus, 1 žena potvrdila výskyt atak či zhoršení nemoci a 1 žena označila možnost výskytu psychických problémů v těhotenství. Což je 7,14 % ke každé možnosti.

Položka č. 22. Došlo u Vás po ukončení k poporodnímu relapsu? (týká se žen, které byly těhotné)

Tabulka č. 24 – Poporodní relaps

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	6	7	8	75,00	70,00	72,72
Ano	1	1	2	12,50	10,00	18,18
Nevím	0	1	1	0,00	10,00	9,10
RS zjištěna po porodu	1	1	0	12,50	10,00	0,00
Celkem	8	10	11	100,00	100,00	100,00
	29					

Graf č. 22 - Poporodní relaps



Komentář k otázce č. 22

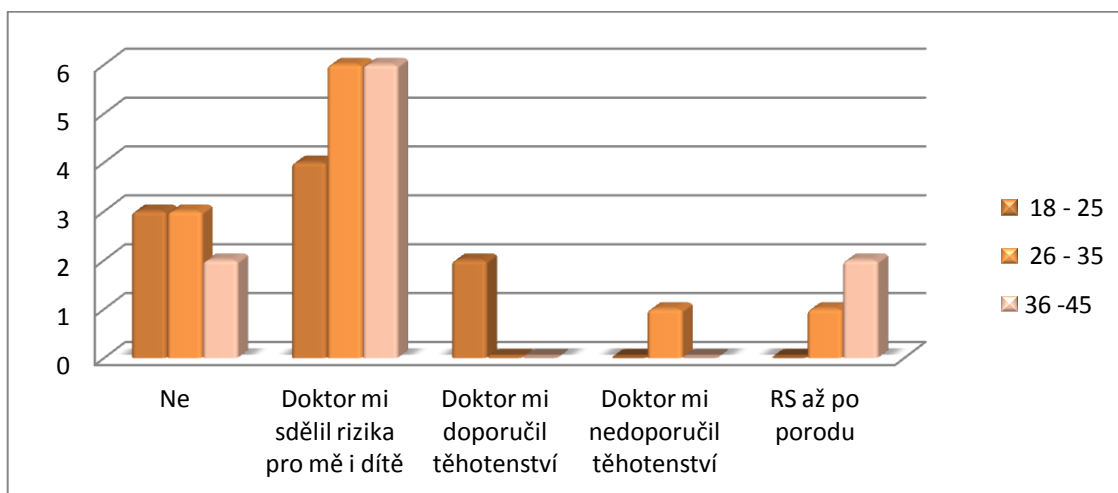
K otázce ohledně poporodního relapsu se vyjádřilo 29 žen a z nich 21 uvedlo, že nedošlo k poporodnímu relapsu, což je 72,41 %. U věkové kategorie 18-25 let uvedla 1 žena, že u ní došlo k poporodnímu relapsu a 1 žena zvolila možnost, že jí byla zjištěna RS až po porodu, což je 12,50 % ke každé z možností. U žen ve věku 26-35 let uvedla také 1 žena, že u ní došlo k relapsu, 1 žena nevěděla a jedna žena také uvedla, že jí byla RS zjištěna až po porodu, což je 10,00 % ke každé z možností. Dvě ženy věkové kategorie 26-45 let uvedly, že u nich došlo k poporodnímu relapsu, což je 18,18 % a 1 žena uvedla, že neví, což je 9,10 %.

Položka č. 23. Byla jste před těhotenstvím informována o vlivu těhotenství na Váš zdravotní stav? (týká se žen, které byly nebo jsou těhotné)

Tabulka č. 25 – Vliv těhotenství na zdravotní stav

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	18 - 25	26 - 35	36 -45	18 - 25	26 - 35	36 -45
Ne	3	3	2	33,33	27,27	20,00
Doktor mi sdělil rizika pro mě i dítě	4	6	6	44,45	54,55	60,00
Doktor mi doporučil těhotenství	2	0	0	22,22	0	0,00
Doktor mi nedoporučil těhotenství	0	1	0	0,00	9,09	0,00
RS až po porodu	0	1	2	0,00	9,09	20,00
Celkem	9	11	10	100,00	100,00	100,00
	20					

Graf č. 23 - Vliv těhotenství na zdravotní stav



Komentář k otázce č. 23

Z grafu lze vyčíst, že nejčastěji zvolená odpověď byla, že ženám byly doktorem sděleny rizika pro ženu i dítě. U žen ve věku 18-25 let tuto odpověď uvedly 4 ženy, což je 44,45 % a na druhém místě byla naopak nejčastěji zvolena možnost, že ženy nebyly informovány, jak uvedly 3 ženy, což je 33,33 %. U žen ve věku 36-35 let uvedlo 6 žen, že byly informovány, což je 54,55 % a 3 ženy, že nebyly, což je 27,27 %. U žen ve věku 36-45 let uvedlo 6 žen, že informovány byly, což je 60,00 % a oproti tomu 2 informovány nebyly, což je 20,00 %. A 2 ženy uvedly, že RS byla zjištěna až po porodu.

7 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak roztroušená skleróza ovlivňuje základní biopsychosociální potřeby žen, které onemocněním trpí. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí elektronického dotazníku, na který odpovědělo 94 žen.

První část dotazníku se týkala obecných informací ohledně onemocnění, kdy jsem zjišťovala věk, jak se ženy dozvěděly svou diagnózu, formu nemoci a výskyt nemoci v rodině. Nejpočetnější skupina žen byla ve věku 26-35 let, věkové skupiny 18-25 let a 36-45 let na tom byly zhruba stejně. Na otázku, jak se ženy dozvěděly svou diagnózu, byla nejčastější odpověď, že se u nich vyskytly poruchy motoriky. Nejčastější forma nemoci, která se u žen vyskytuje je forma relaps-reminentní, pro kterou je typické střídání atak a remisí. Je to zároveň také všeobecně nejrozšířenější forma nemoci. Výskyt roztroušené sklerózy v rodině potvrdilo pouze 18 žen.

7.1 Analýza cílů

Hlavní cíl: Zjistit, v jaké věkové skupině jsou ženy nejvíce omezovány v oblasti soběstačnosti a celkového zdravotního stavu.

K tomuto cíli se vztahovalo nejvíce otázek, které se týkaly hodnocení celkového zdravotního stavu, výskytu poruch motoriky, průkazů mimořádných výhod, pobírání příspěvků, závislosti na druhé osobě, vykonávání fyzické aktivity a používání kompenzačních pomůcek. Z odpovědí lze vyčíst, že ženy hodnotí svůj zdravotní stav převážně jako dobrý a přiměřený. Při srovnání zdravotního stavu nyní a před rokem, ženy nejčastěji odpověděly, že jejich stav je přibližně stejný a na druhém místě, že je poněkud horší než před rokem. Věková kategorie, která je nejvíce omezována v oblasti soběstačnosti je nejstarší kategorie 36-45 let, u které odpovědělo 100 % žen, že má poruchy motoriky, procentuálně více žen odpovědělo, že vlastní průkaz mimořádných výhod oproti jiným kategoriím a také procentuálně pobírají nejvíce příspěvků, především částečný invalidní důchod. Nejčastěji také odpověděly, že jsou závislé na pomoci druhé osoby a nejvíce z uvedených věkových skupin užívají kompenzační pomůcky.

Ve srovnání s Naděždou Ivkovičovou a výzkumem v její bakalářské práci týkající se kvality života pacientů s RS z Masarykovy univerzity, jsme se shodly v tom, že kvalita celkového zdravotního stavu opravdu postupně klesá, ale ne ve všech oblastech, jako je například oblast rodinného zázemí.

Cíl č. 1: Zjistit, v jaké věkové skupině jsou ženy nejvíce omezovány v oblasti práce schopnosti.

Vážná choroba, úraz či zdravotní postižení může člověka vyřadit dlouhodobě z pracovního procesu. Po poklesu fyzických schopností dochází velmi často k odchodu ze zaměstnání nebo k nucené změně zaměstnání.

U nejmladší věkové kategorie převládá odpověď, že nemoc neovlivňuje jejich práce schopnost. U žen ve střední věkové kategorii označilo téměř 40 % žen možnost, že nemoc jejich práci neovlivňuje. Oproti tomu ženy v nejstarší věkové kategorii odpověděly pouze dvakrát, že nemoc jejich práce schopnost neovlivňuje. Jako nejčastější důvod neschopnosti pracovat se jeví únava a nevykonnost a neschopnost pracovat. Lze tedy říci, že ovlivnění práce schopnosti roste s věkem nemocného, ale stále to neznamená, že většina žen není schopna práce. Oproti tomu výzkum Lucie Jakešové z Jihočeské univerzity, která psala bakalářskou práci na téma RS jako nucený životní styl, uvádí, že z 8 dotazovaných je pouze jeden pracující. Jako důvod nejčastěji udávali nedostatek vhodných pracovních míst pro ZP osoby. I výzkum Ludmily Hrubé z Jihočeské univerzity, která psala bakalářskou práci na téma RS a její vliv na jedince a jeho okolí uvádí, že z 9 dotazovaných 8 nepracuje. Výsledky mé práce se tedy liší v tom, že 37 žen z 94 dotazovaných uvedlo, že nemoc jejich práci nijak neovlivnila. To je více než jedna třetina dotazovaných. Pracovní uplatnění je pro jedince důležité nejen kvůli ekonomické stránce, ale také jako způsob seberealizace. Pokud člověk s postižením může alespoň v omezené míře pracovat, bylo by pro něj dobré, aby pracoval.

Cíl č. 2: Zjistit, v jaké věkové skupině došlo u žen ke změnám v oblasti sociálních vztahů.

Vliv onemocnění na kvalitu sociálních i rodinných vztahů je jednoznačná. K problematice vztahů a rozvodovosti se vyjádřil Alexander Burnfield ve své knize *Můj život s „ereskou“* (1998, str. 79), který tvrdí, že míra rozvodovosti v manželství, kde jeden z partnerů má RS, je vysoká. Není sporu o tom, že je nemoc ovlivňuje zvláště nelítostným a destruktivním vlivem, které mnohé manželství nepřežije.

Nemoc tedy ovlivnila vztahy všech věkových skupin. Možnost, že nemoc nezměnila žádné vztahy, označily nejčastěji ženy ve věku 26-35 let. První i druhá věková kategorie nejčastěji však volily možnost, že nemoc posílila jejich vztahy, oproti tomu

nejstarší věková kategorie označila nejčastěji možnost, že nemoc narušila některé vztahy. Z výzkumu je jednoznačné, že nemoc má velký vliv na vztahy, a to ve všech směrech.

Ve svém výzkumu bakalářské práce to uvádí také již zmíněná Lucie Jakešová, která potvrdila, že nemoc ovlivňuje partnerské vztahy tím, že z osmi jí dotazovaných respondentů odpověděli pouze tři, že jsou spokojeni s fungováním partnerského života.

Cíl č. 3: Zjistit, v jaké věkové skupině má/měla antikoncepce největší vliv na průběh nemoci.

Z výzkumu je patrné, že u žen, které trpí RS užívá pouze zhruba třetina antikoncepci, kdy nejčastější metodou antikoncepce jsou pilulky. Na otázku, zda ovlivňuje užívání antikoncepce průběh nemoci, odpovědělo 29 žen, že neovlivňuje, 13 žen uvedlo odpověď, že neví a pouze 3 ženy udávají vliv na onemocnění a z toho 2 pozitivně a 1 negativně.

Potvrdilo se nám tedy tvrzení, že užívání hormonální antikoncepce není nijak v kontraindikaci s onemocněním, právě naopak pomáhá naplánovat vhodně těhotenství a vyrovnává hormonální hladiny v těle, jak uvádí Hanulíková a Binder (2012).

Cíl č. 4: Zjistit, v jaké věkové skupině jsou ženy nejvíce omezovány v oblasti sexuální aktivity.

Sexuální život je neodmyslitelnou součástí každého jedince. Lidé, kteří trpí onemocněním RS jsou však v tomto ohledu omezováni, jelikož typické i méně časté symptomy zasahují do jejich přirozeného sexuálního života.

Z výsledků šetření vyplývá, že více než polovina žen uvedla, že nemoc nemá vliv na jejich sexuální život. Věková kategorie, které nemoc nejvíce ovlivňuje sexuální život, je 36-45 let. Jako nejvíce ovlivňující faktor zvolily nezájem z jejich strany. U žen v nejmladší věkové kategorii je nejvíce ovlivňující faktor únava a u žen ve věku 26-35 let je to také nezájem žen. Lze tedy opět říci, že ovlivnění sexuálního života roste s věkem, jelikož se více projevují symptomy nemoci.

Cíl č. 5: Zjistit, v jaké věkové skupině mají/měly ženy nejvíce problémy v těhotenství a zda byly o tomto riziku informovány.

V minulosti bylo těhotenství ženám s RS nedoporučováno až zakazováno. V případě, že žena otěhotněla, byla doporučena interrupce ze zdravotní indikace. Pokud ale žena odmítla a dítě chtěla, považovalo ji zdravotnictví za nezodpovědnou, neuvážlivou a její rozhodnutí označovalo za nerozumné (Norková).

První otázka týkající se problémového těhotenství z důvodu nemoci byla, zda nemoc ovlivnila průběh jejich těhotenství. Na tuto otázku odpověděla většina, že RS vliv neměla. V nejmladší věkové kategorii pouze jedna žena uvedla, že vlivem těhotenství se došlo ke zhoršení nemoci a u žen ve věku 36-45 let uvedly 3 ženy možnost, že těhotenství jejich nemoc ovlivnilo.

Druhá otázka se týkala poporodního relapsu. Z celkového počtu 29 žen, které odpovídaly, přímo poporodní relaps potvrdily 4 ženy. Lze tedy říci, že u žen s RS je jisté riziko poporodního relapsu.

Ohledně informovanosti žen týkající se rizik těhotenství vzhledem k nemoci, nebo doporučení těhotenství, odpovědělo poměrně vysoké procento žen, že nebyly vůbec informovány. Z celkového počtu 20 žen odpovědělo 8, že doktor je o rizicích vůbec neinformoval. Z daného počtu také pouze 2 ženy, a to ve věku 18-25 let uvedly, že jim lékař těhotenství doporučil. Stejnou odpověď ne zvolily žádné jiné ženy z ostatních věkových kategorií.

Nejvíce problémů spojených s těhotenstvím a vlastní nemocí měly ženy ve věku 36-45 let, které ze všech věkových kategorií nejčastěji odpověděly, že těhotenství mělo vliv na jejich onemocnění, vyskytl se u nich poporodní relaps a u dvou žen v této věkové kategorii nastala RS až po porodu.

8 ZÁVĚR

Roztroušená skleróza je obávanou a nevypočitatelnou nemocí. Jedince dokáže pořádně potrápít a negativně ovlivnit kvalitu jeho života na všech úrovních. Je třeba si dát čas na její přijetí i na období smutku, které může nastat. I tato životní změna však může člověku přinést možnost zjistit, co skutečně v životě chce, lépe pojmenovat vlastní hodnoty, zbavit se toho, co se až doposud ostýchal opustit, a dát sám sebe na první místo (rskompas).

V teoretické části se bakalářská práce zaměřila na základní patofyziologii onemocnění, ošetrovatelský proces u pacientů s RS, biopsychosociální potřeby žen, které byly základem pro výzkumnou část a sociálními důsledky nemoci.

Výzkum byl realizován pomocí kvantitativní metody formou dotazníku, na kterém se podílelo 94 žen, které byly následně rozděleny dle věku do tří věkových kategorií. Byl stanoven jeden hlavní cíl a 5 dílčích cílů, které byly zaměřeny na vliv onemocnění na život ženy v různých oblastech běžného života.

Výsledky výzkumu jsem uvedla v diskuzi a vyplývá z nich, že s postupující nemocí a věkem roste vliv na potřeby jedince, kdy nemoc má velký vliv na kvalitu života. Pouze v oblasti vztahů, ať už sociálních i rodinných, došlo většinou ke zlepšení. Je tedy zřejmé, že dobré vztahy mají pozitivní vliv na zvládání nemoci. Je potřeba mluvit s lidmi, kterým život klade překážky, abychom si i my uvědomili, co máme a byly vděční za pár vřelých milujících lidí, kteří nás obklopují, a člověk potom nemá pocit, že je na vše sám.

Nelze vždy ovlivnit to, co nám osud přinese, ale lze se naučit, jak to co nejlépe zvládnout, především u lidí trpících RS je pak velmi důležitá podpora od nejbližších a rovněž zahájení včasné terapie, která může zmírnit do jisté míry obtíže, i když ji bohužel stále nelze vyléčit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2433-4.
- [2] ANDRÉSOVÁ, Martina a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4743-417.
- [3] BURNFIELD, Alexander. *Můj život s "ereskou"*. Praha: Unie Roska, 1998. ISBN 80-239-1246-1.
- [4] CRESS, Cathy. *Handbook of geriatric care management*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones, 2012. ISBN 978-076-3790-264.
- [5] HOSKOVCOVÁ, Martina, Kamila HONSOVÁ a Lucie KECLÍKOVÁ. *Neurologie pro praxi*. Rehabilitace u roztroušené sklerózy. Praha, 2008.
- [6] HRAZDIRA, Čeněk. *Speciální neurologie*. Bastlová. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1980.
- [7] JEDLIČKA, Pavel a Jaroslava NEBUDOVÁ. *Neurologie*. Praha: Avicenum, 1989. Knižnice praktického lékaře.
- [8] JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. *Speciální neurologie*. Praha: Galen, 2005. ISBN 80-726-2312-5.
- [9] KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308.
- [10] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4721-699.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
- [12] MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
- [13] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4738-727.

- [14] MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl*. Praha: Grsada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8
- [15] MUMENTHALER, Marco a Heinrich MATTLE. *Neurologie*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9545-9.
- [16] NANDA. *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. Editor: T Herdman. Překlad: Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4734-231.
- [17] OGER, Joel. *Multiple sclerosis for the practicing neurologist*. New York: Demos, 2007. ISBN 978-193-3864-020.
- [18] SEIDL, Zdeněk. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4745-466.
- [19] SHOENFELD, Yehuda, Terezie FUČÍKOVÁ a Jiřina BARTUŇKOVÁ. *Autoimunita: vnitřní nepřítel*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-449.
- [20] SCHWARZ, Shelley Peterman. *Roztroušená skleróza: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada, 2008, 132 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-457.
- [21] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4732-237.
- [22] TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
- [23] ZAHRADNICKÁ, Ilona. Hodnocení soběstačnosti. *Časopis SESTRA*. Mladá fronta, roč. 2004, č. 2. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

- [1] ČESKO. *Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., platný od 1. 1. 2007*. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1422455010650_1
- [2] DICKINSOVÁ, Corinne. *S RS je důležité žít zdravě*. [online]. Soldánová. New York, 2007 [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: <http://www.roska.eu/clanky/s-rs-je-dulezite-zit-zdrave.html>
- [3] DUFEK, Michal. Roztroušená skleróza – EDSS. Škály používané v neurologii [online]. *Neurologie pro praxi*. 1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny. Brno
- [4] HANULÍKOVÁ, Petra a BINDER, Tomáš. *Těhotenství a roztroušená skleróza*. [online]. Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta a Fakultní nemocnice v Motole, Gynekologicko-porodnická klinika. 2012 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/tehotenstvi-a-roztrousena-skleroza-467516>.
- [5] HRUBÁ, Ludmila. *Roztroušená skleróza a její vliv na jedince a jeho okolí*. České Budějovice, 2011. Dostupné z: http://theses.cz/id/i3f8p7/BP_Ludmila_Hrub_2011.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce MUDr. Drahoslava Tišlerová.
- [6] IVKOVIČOVÁ, Naděžda. *Kvalita života u pacientů s roztroušenou sklerózou*. Brno, 2012. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/358870/lf_b/Bakalarska_prace_-_Nadezda_Ivkovicova.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita v Brně. Vedoucí práce prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.
- [7] JAKEŠOVÁ, Lucie. *Roztroušená skleróza jako nucený životní styl*. České Budějovice, 2008. Dostupné z: http://theses.cz/id/hjssb/downloadPraceContent_adipIdno_9968. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Hana Matlasová.
- [8] Klub SMS. *O nás: Cíle sdružení mladých sklerotiků*. [online]. [cit. 2014-10-14].

- Dostupné z: <http://portal.klubsms.cz/o-nas/cile-sms>.
- [9] KRASULOVÁ Eva a Eva HAVRDOVÁ. *Roztroušená skleróza*. [online]. Praha [cit. 2014-10-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/roztrousena-skleroza-387152>.
- [10] Nadační fond Impuls. *Nadační fond Impuls*. [online]. [cit. 2014-10-31]. Dostupné z: http://www.multiplesclerosis.cz/nadacni_fond.html.
- [11] Nadační fond Impuls. *Partnerské vztahy*. [online]. [cit. 2014-10-25]. Dostupné z: http://www.multiplesclerosis.cz/clanek/rodina_partnerske_vztahy.html.
- [12] NORKOVÁ, Květa a MUDr. Marta VACHOVÁ. *Aktivní život: Průvodce budoucí maminky s RS*. In: [online]. [cit. 2015-04-03]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/zivot-s-rs/rs-a-tehotenstvi/pruvodce-budouci-maminky-s-rs/>.
- [13] PETZEL, Martin a kol. Menopauza a roztroušená skleróza mozkomíšní. *Medicina po promoci*. [online]. 2007, roč. 8 [cit. 2014-10-04]. Dostupné z: http://portal.klubsms.cz/assets/files/menopauza_a_RS.pdf.
- [14] Portál ROSKA: *Členství*. [online]. [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://www.roska.eu/clenstvi/index.php>.
- [15] POTMĚŠILOVÁ, Hana. *Průvodce sociální problematikou: Pro pacienty s roztroušenou sklerózou* [online]. Praha, Gemini: Novartis, 2012 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.nfozp.cz/projekty/edice/>.
- [16] Pro lékaře: *Brzké podávání natalizumabu po porodu jako prevence poporodních relapsů roztroušené sklerózy* [online]. Praha, 2014 [cit. 2014-11-30]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/rs-novinky/brzke-podavani-natalizumabu-po-porodu-jako-prevence-poporodnich-relapsu-roztrousene-sklerozy-4298>.
- [17] Progrese. *Lékařské slovníky: Velký lékařský slovník*, Praha: Maxdorf [online]. [cit. 2014-09-25]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/progrese>.
- [18] *Rodina a partnerské vztahy*. [online]. [cit. 2014-10-26]. Dostupné z: http://www.multiplesclerosis.cz/clanek/rodina_partnerske_vztahy.html.
- [19] *Roztroušená skleróza a průchopnost*. [online]. [cit. 2014-10-24]. Dostupné z: <http://www.multiplesclerosis.cz/clanek/praceschopnost.html>.

- [20] RS KOMPAS: *Průvodce roztroušenou sklerózou*. [online]. [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.rskompas.cz/>.
- [21] SVĚCENÁ, Kateřina. *Hodnocení soběstačnosti pacienta v neurorehabilitaci*. Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, 2013. ISSN 1803-5280.
- [22] *Symptoms & Diagnosis*. [online]. USA [cit. 2014-09-19]. Dostupné z: <http://www.nationalmssociety.org/Symptoms-Diagnosis>.
- [23] *Těhotenství*. [online]. [cit. 2014-10-25]. Dostupné z: <http://www.multiplesclerosis.cz/clanek/tehotenstvi.html>.
- [24] Terapie: *Soběstačnost*. [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [cit. 2014-11-08]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=114>.
- [25] Velký lékařský slovník: *Anamnéza*. Praha: Maxdorf [cit. 2014-11-17]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/anamneza>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
RS/MS	Roztroušená skleróza, Multiple sclerosis
MR/MRI	Magnetická rezonance
EMG	Elektromyografie
CT	Počítačová tomografie
OZP	Osoby zdravotně postižené
ZTP	Zvláště těžké postižení
ZTP/P	Zvláště těžké postižení s potřebou průvodce
ADL	Activity daily living (aktivity denního života)
ZP	Zdravotní postižení
ÚP	Úřad práce
EP	Evokované potenciály
OP	Ošetrovatelský proces
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets
IUGR	Intrauterinní růstová retardace plodu
TEN	Trombembolická nemoc
EDDS	Expanded Disability Status Scale
DDS	Disability Status Scale
DPH	Daň z přidané hodnoty

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – a) Myelinizované vlákno, b) Nervové vlákno bez myelinu	12
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - NANDA diagnózy, které se mohou vyskytovat u pacientů s RS	26
Tabulka č. 2 - Stupně EDSS škály.	42
Tabulka č. 3 - Věkové kategorie	48
Tabulka č. 4 – Zjištění diagnózy	49
Tabulka č. 5 – Zdravotní stav	51
Tabulka č. 6 – Srovnání zdravotního stavu	52
Tabulka č. 7 – Forma RS	53
Tabulka č. 8 – Výskyt RS v rodině	54
Tabulka č. 9 – Poruchy motoriky	55
Tabulka č. 10 – Průkazy mimořádných výhod	56
Tabulka č. 11 - Příspěvky	57
Tabulka č. 12 – Pomoc jiné osoby	58
Tabulka č. 13 – Fyzická aktivita	59
Tabulka č. 14 – Kompenzační pomůcky	60
Tabulka č. 15 – Kvalita spánku.....	61
Tabulka č. 16 – Nežádoucí účinky kortikoidů	62
Tabulka č. 17 – Změny pracovní schopnosti	63
Tabulka č. 18 – Vliv RS na vztahy.....	64
Tabulka č. 19 – Sdružení nemocných s RS	65
Tabulka č. 20 – Hormonální antikoncepce	66
Tabulka č. 21 – Vliv antikoncepce.....	68
Tabulka č. 22 – Vliv na sexuální život.....	69
Tabulka č. 23 – Vliv RS na průběh těhotenství	70
Tabulka č. 24 – Poporodní relaps.....	71
Tabulka č. 25 – Vliv těhotenství na zdravotní stav	72

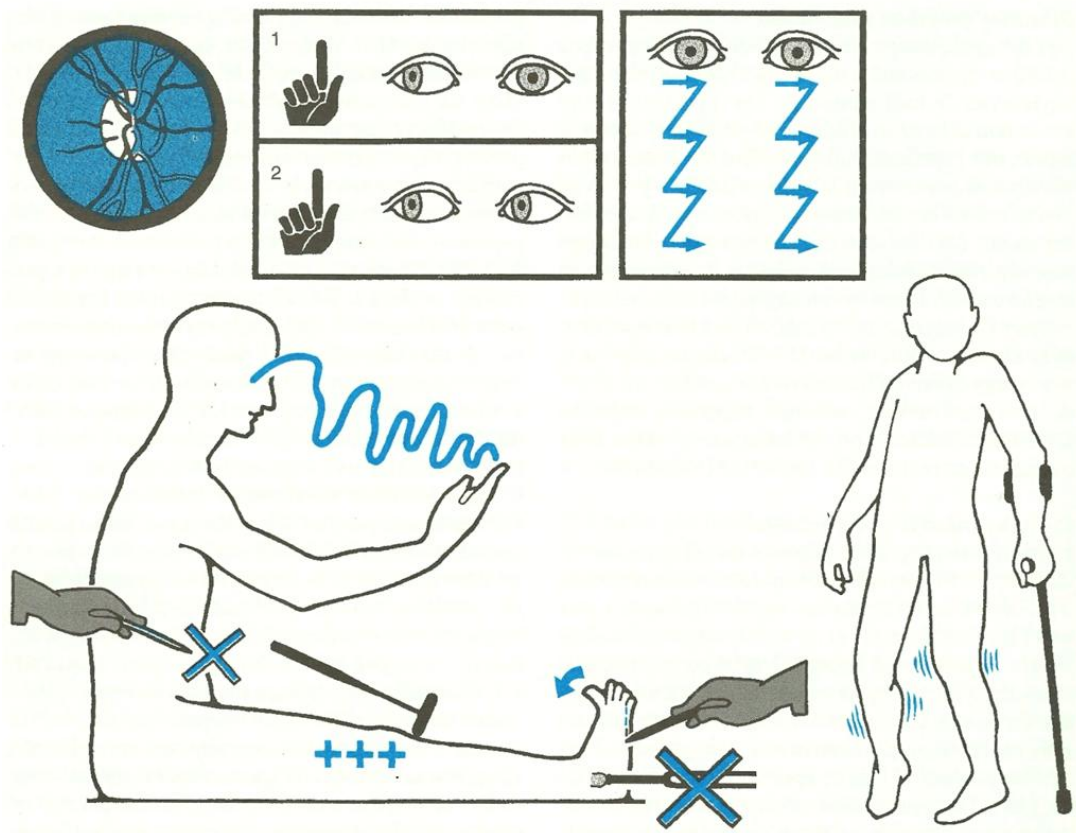
SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Věkové kategorie.....	48
Graf č. 2 - Zjištění diagnózy	49
Graf č. 3 - Zdravotní stav.....	51
Graf č. 4 - Srovnání zdravotního stavu.....	52
Graf č. 5 - Srovnání zdravotního stavu.....	53
Graf č. 6 - Výskyt RS v rodině	54
Graf č. 7 – Poruchy motoriky	55
Graf č. 8 - Průkazy mimořádných výhod	56
Graf č. 9 - Příspěvky.....	57
Graf č. 10 - Pomoc jiné osoby	58
Graf č. 11 - Fyzická aktivita	59
Graf č. 12 - Kompenzační pomůcky	60
Graf č. 13 - Kvalita spánku	61
Graf č. 14 - Nežádoucí účinky kortikoidů	62
Graf č. 15 - Změny pracovní schopnosti	63
Graf č. 16 - Vliv RS na vztahy.....	64
Graf č. 17 - Sdružení nemocných s RS.....	65
Graf č. 18 – Hormonální antikoncepce.....	66
Graf č. 19 - Vliv antikoncepce	68
Graf č. 20 - Vliv na sexuální život	69
Graf č. 21 - Vliv RS na průběh těhotenství	70
Graf č. 22 - Poporodní relaps.....	71
Graf č. 23 - Vliv těhotenství na zdravotní stav	72

SEZNAM PŘÍLOH

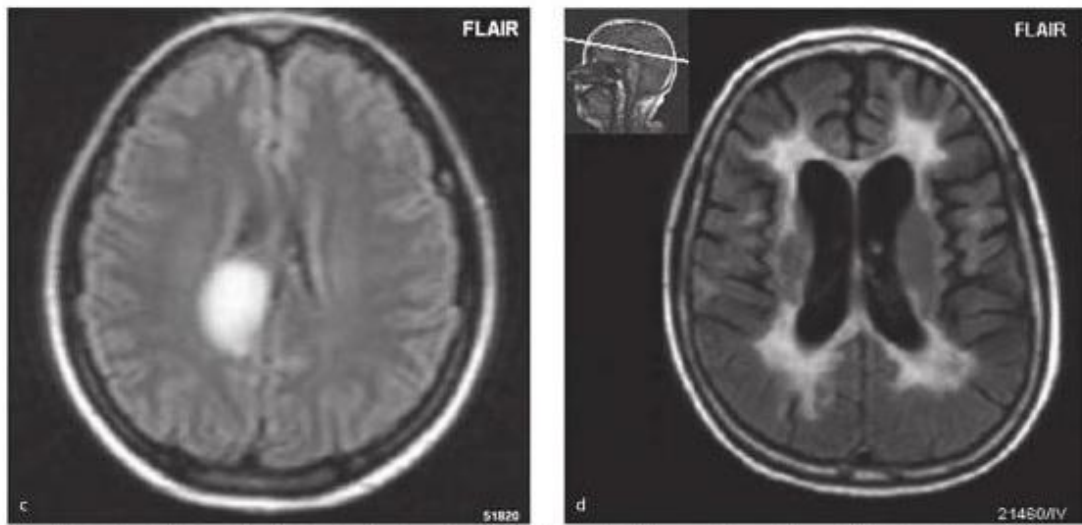
Příloha 1 – Schematické znázornění nejčastějších nálezů při RS	88
Příloha 2 – MR nemocného s RS	89
Příloha 3 – Barthelův test	90
Příloha 4 – IADL test.	91
Příloha 5 - Katzův index.	92
Příloha 6 - Dotazník	96

PŘÍLOHA P I: SCHÉMATICKÉ ZNÁZORNĚNÍ PŘÍZNAKŮ RS



Příloha 1 – Schematické znázornění nejčastějších nálezů při RS. (Mumenthaler, Mattle, 2001, s. 342)

PŘÍLOHA P II: MR U PACIENTA S RS



Obr. 1.5.3c Rozsáhlé hypersignální expanzivně se chovající ložisko parietálně vpravo (tumoriformní plaka), roztroušená skleróza
Obr. 1.5.3d Rozsáhlá splyvavá ložiska periventrikulárně, kortikální a periventrikulární atrofie, roztroušená skleróza

Příloha 2 – MR nemocného s RS. (Seidl, 2014, s. 192)

PŘÍLOHA P III: BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Bodové skóre</i>
najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
Celkové skóre		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech		
0–40 bodů – vysoká závislost		
45–60 bodů – závislost středního stupně		
65–95 bodů – lehká závislost		
100 bodů – nezávislý		

Příloha 3 – Barthelův test. (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 182).

PŘÍLOHA P V: KATZŮV INDEX

Test samostatnosti všedních činností podle Katze	
1. Koupání	
Samostatnost	Asistence jen při umývání některých částí těla Samostatné koupání
Nesamostatnost	Asistence při umývání více než jedné části těla Asistence při vstupování a vystupování z vany Neumí se sám koupat
2. Oblékání	
Samostatnost	Vyjme šaty ze šatníku, kompletně se obleče, zapne knoflíky, zavázání bot se nehodnotí
Nesamostatnost	Neobleče se sám, samostatně jen některé části oděvu
3. Používání WC	
Samostatnost	Jde na WC, urinál používá jen v noci
Nesamostatnost	Používá urinál nebo potřebuje asistenci jiné osoby při používání WC
4. Přemísťování se	
Samostatnost	Vstává sám z postele, může používat mechanické pomůcky
Nesamostatnost	Asistence při vstávání z postele Nezvládne víc než jedno přemístění
5. Kontinence	
Samostatnost	Močení a stolice pod kontrolou
Nesamostatnost	Částečná nebo úplná inkontinence moči a stolice, částečná nebo úplná neschopnost obsluhy katétru, pacient používá urinál
6. Jedení	
Samostatnost	Samostatně se nají lžící, krájení se nehodnotí
Nesamostatnost	Asistence při jedení Nenají se – parenterální výživa

Příloha 5 - Katzův index. (Zahradnická, 2004, s. 16)

PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK

Biopsychosociální potřeby žen s roztroušenou sklerózou

Vážené respondentky,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma *Biopsychosociální potřeby žen s roztroušenou sklerózou*. Prosím o pravdivé odpovědi na otázky. Účast ve výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci.

Andrea Stratilová, studentka oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

1. Vaše věková kategorie

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 – 65 let
- f) jiný věk

2. Jak jste se dozvěděla svou diagnózu?

- a) vyskytly se u mě poruchy hybnosti, motoriky nebo chůze
- b) vyskytly se u mě jiné specifické příznaky (retrobulbární neuritida)
- c) při náhodném vyšetření
- d) jinak (uveďte jak)

3. Řekla byste celkově, že Váš zdravotní stav je:

- a) výborný
- b) dobrý
- c) přiměřený
- d) špatný

4. Jak byste hodnotila svůj zdravotní stav ve srovnání se stavem před rokem?

- a) mnohem lepší než před rokem
- b) poněkud lepší než před rokem
- c) přibližně stejný než před rokem
- d) poněkud horší než před rokem
- e) mnohem horší než před rokem
- f) jiná možnost (uveďte)

5. Jakou formu RS máte?

- a) atakovitou
- b) progresivní
- c) RR (relaps reminentní)
- d) jiná forma (uved'te jakou)

6. Vyskytuje se ve Vaší rodině RS?

- a) ne
- b) nevím
- c) ano (uved'te u koho)

7. Máte poruchy motoriky? Pokud ano, jaké?

- a) poruchy chůze
- b) únava dolních končetin při malé námaze
- c) třes
- d) koordinace pohybů
- e) jiné (uved'te)

8. Vlastníte průkaz mimořádných výhod? Pokud ano, jaký?

- a) ne
- b) TP
- c) ZTP
- d) ZTP/P
- e) jiný (uved'te jaký)

9. Pobíráte nějaké příspěvky?

- a) plný invalidní důchod
- b) částečný invalidní důchod
- c) žádné příspěvky nepobírám
- d) jiné sociální příspěvky (uved'te jaké)

10. Jste odkázána na pomoc jiné osoby?

- a) rodiny, přátel
- b) služeb sociální péče
- c) nejsem odkázána na pomoc jiné osoby
- d) jiná forma pomoci (uved'te jaká)

11. Vykonávala jste před onemocněním fyzickou aktivitu?

- a) nevykonávala jsem žádnou fyzickou aktivitu
- b) závodně sport (vrcholový sport)
- c) rekreační sport (příležitostně)
- d) jiná aktivita (uved'te)

12. Používáte kompenzační pomůcky?

- a) ne
- b) ano (uved'te jaké)

13. Ovlivňuje Vaše onemocnění kvalitu spánku?

- a) ne
- b) ano (uved'te jak)

14. Objevují se u Vás nežádoucí účinky kortikoidů?

- a) ne
- b) nevím
- c) neužívám léčbu kortikoidy
- d) ano (uved'te jaké)

15. Změnila se vlivem choroby Vaše pracovní schopnost?

- a) ne
- b) ano (jakým způsobem?)

16. Změnila nemoc Vaše sociální vztahy (osobní, rodinné, pracovní apod.)?

- a) narušila některé vztahy
- b) posílila některé vztahy
- c) nezměnila žádné mé vztahy
- d) jiná možnost (uved'te)

17. Jste součástí nějakého sdružení nebo spolku stejně nemocných lidí?

- a) ne
- b) ano (jakého?)

18. Užíváte, nebo užívala jste hormonální antikoncepci?

- a) ne
- b) ano (uved'te jaký typ a název antikoncepce)

19. Ovlivňuje ve Vašem případě roztroušenou sklerózu užívání antikoncepce?

- a) nepoužívám antikoncepci
- b) neovlivňuje
- c) nevím
- d) ovlivňuje (uved'te jak)

20. Má RS vliv na Váš sexuální život?

- a) ne
- b) nechci odpovídat
- c) ano (uved'te jak)

21. Zhoršil se průběh nemoci během Vašeho těhotenství? (týká se žen, které byly nebo jsou těhotné)

- a) ne
- b) ano (uved'te jak)

22. Došlo u Vás po ukončení těhotenství k poporodnímu relapsu? (týká se žen, které byly těhotné)

- a) ne
- b) ano
- c) nevím
- d) jiná možnost

23. Byla jste před těhotenstvím informovaná o vlivu těhotenství na Váš zdravotní stav? (týká se žen, které byly nebo jsou těhotné)

- a) ne
- b) doktor mi sdělil rizika pro mě i dítě
- c) doktor mi doporučil těhotenství
- d) doktor mi nedoporučil těhotenství
- e) jiná možnost (uved'te)

Děkuji za spolupráci. Zde je prostor pro Vaše připomínky.

Příloha 6 - Dotazník