



MULTIPLA
SKLEROZA IN
**KOGNITIVNE
FUNKCIJE**

Izdajo je omogočil

Novartis Pharma Services Inc.,
Podružnica v Sloveniji

Izdano

Ljubljana, januar 2021

Oblikovanje

Bela Design

Tisk

Tiskarna Print Point

Naklada

700 kosov



MULTIPLA SKLEROZA IN **KOGNITIVNE FUNKCIJE**

Tomaž Omerzu,
dr. med., UKC Maribor

Multipla skleroza (MS) je kronična, vnetna in demielinizacijska bolezen osrednjega živčevja (del živčevja, ki zajema možgane in hrbtenjačo).

S terminom multipla skleroza je to bolezen prvi poimenoval Jean-Martin Charcot na koncu 19. stoletja. Izraz je uporabil za opis bolezenskega stanja z zabrazgotinjenimi območji v osrednjem živčevju. V nadaljnjih 140 letih od Charcotovih prvih opisov je bil storjen velik napredek na področju razumevanja mehanizma bolezni, epidemiologije, genetike, diagnoze in zdravljenja. Kljub temu zdravila za popolno ozdravitev trenutno še ne poznamo.

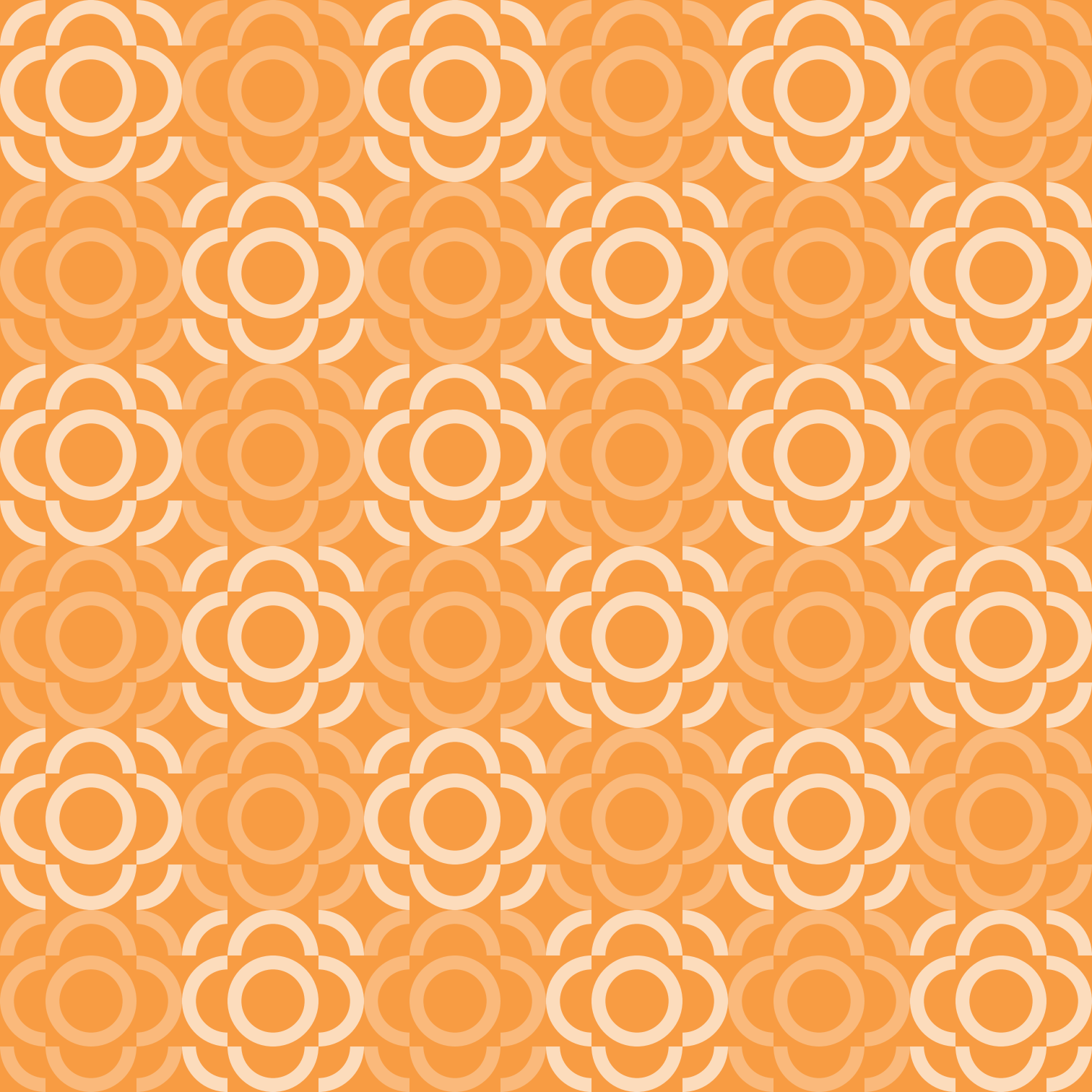
Večinoma so v ospredju klinične manifestacije bolezni telesni simptomi in znaki, ki jim bolniki in zdravstveno osebje posvečamo največ pozornosti.

Kljub temu bolniki pogosto v poteku bolezni navajajo **težave v smislu miselne upočasnjenosti, pozabljivosti, težav z iskanjem besed, koncentracijo in sledenja pogovora. Vse te so lahko odraz prizadetosti kognitivnih funkcij.**

Zelo pomembno je, da so bolniki in zdravstveno osebje dobro seznanjeni in poučeni o kognitivnih funkcijah in njihovem morebitnem upadu. Le tako jih lahko ustrezno prepoznamo in k njim pristopimo na način, ki je prijazen do bolnika. Ob tem nikakor ni zanemarljivo, da lahko bolnikom prihranimo tudi marsikatero stisko – v domačem, socialnem in delovnem okolju. Neprepoznane kognitivne motnje so namreč lahko velik vir negotovosti in potencialnih konfliktov.

V knjižici so predstavljene poglavitne kognitivne funkcije in posebnosti pri kognitivnih motnjah pri bolnikih z MS, pozornost je posvečena tudi prepoznavi in diagnostiki kognitivnih motenj, prikazane so oblike pomoči in podani praktični nasveti za samopomoč.

Ž	J	G	T	Š	C	V	T	R	M	L
A	I	T	A	L	I	J	A	I	Č	G
Y	C	V	O	I	Y	T	Z	W	I	Q
N	B	V	M	T	H	W	P	K	L	A
D	W	R	Ž	V	Č	I	U	F	E	Z
Q	W	R	T	A	D	X	Z	S	A	I



(01)

KOGNITIVNE
FUNKCIJE

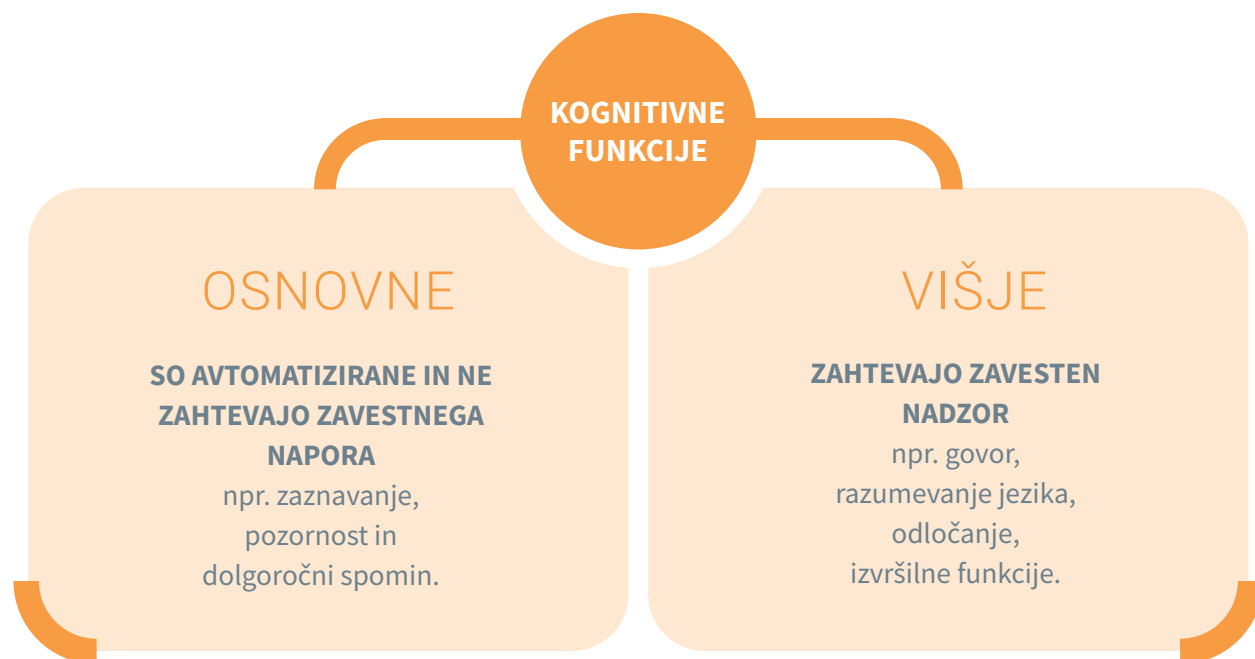
Kognitivne funkcije so višje živčne funkcije in so skupek duševnih oz. mentalnih procesov v možganih, ki nam omogočajo sprejemanje, obdelavo in izmenjavo informacij z okoljem.

Mednje spadajo pozornost, vidno-prostorsko zaznavanje, spomin, presojanje, sklepanje, odločanje, jezik, reševanje problemov in izvršilne funkcije.

Na podlagi kognitivnih sposobnosti ocenjujemo, kaj oseba zmore in kaj zna.

Večinoma opredeljujejo posameznikov potencial, s katerim vzpostavlja aktiven odnos do sebe in okolja ter prek katerega realizira svoje zmožnosti.

DELIMO JIH NA:



Nekatere izmed omenjenih funkcij spadajo med veščine, sposobnosti in znanje, ki se jih lahko priučimo ali pridobimo s pomočjo izkušenj. Z leti se ohranjajo ali celo izboljšujejo/oplemenitijo. Druge izmed kognitivnih funkcij so od izkušenj neodvisne in vključujejo sposobnost reševanja problemov, sklepanje o manj znanih stvareh, sposobnost predelovanja in učenja novih informacij ter prilagajanje okolju. Med te spadajo izvršilne funkcije, hitrost obdelovanja informacij, spomin in psihomotorične sposobnosti. Mnoge izmed teh kognitivnih funkcij dosežejo vrh v tretjem desetletju življenja in nato postopno upadajo.



Z besedo spomin označujemo sposobnost pomnjenja in posebno mesto, na katerem so informacije shranjene. Sposobnost pomnjenja je proces usvajanja, ohranjanja in obnavljanja informacij. Izgubo spomina opisujemo kot pozabljenost ali amnezijo. Ločimo trenutni, kratkotrajni in dolgotrajni spomin. Razlikujejo se po času ohranjanja informacij, po obsegu in vsebini shranjenega:

- **trenutni spomin** je vrsta spomina, ki informacije shrani za zelo kratek čas, in sicer v takšni obliki, kot jih najprej občutimo. Shrani jih od ene do tri sekunde, njegov obseg pa je zelo velik;
- **kratkotrajnemu spominu** rečemo tudi delovni spomin. Gre za vrsto spomina, v katerem se nove informacije začasno shranijo in se kombinirajo s tistimi iz kratkotrajnega spomina. Obseg kratkotrajnega spomina je omejen, informacijo pa si zapomnimo 15–40 sekund;

➤ **dolgotrajni spomin** – v njem je shranjeno neomejeno število informacij. Te so med seboj povezane in organizirane, v njem pa so shranjene kot predstave (vidne, slušne) ali v obliki pojmovnih mrež. V dolgotrajnem spominu sta tudi spomin, kako opravljamo določene postopke (npr. vožnja kolesa), in spomin na dogodke iz preteklosti. Dolgotrajni spomin lahko traja do konca življenja.

ALI STE VEDELI, DA IMAJO SLONI NEVERJETEN SPOMIN?

Slon je največja kopenska žival in med kopenskimi sesalci ima tudi največje možgane - tehtajo okoli pet kilogramov. Evolucija jih je obdarila z močno razvitim hipokampusom - to je del možganov, ki je povezan s čustvi, obnem pa zakodira pomembne izkušnje v dolgoročni spomin. Zato si lahko sloni zapomnijo oddaljene vodne vire, druge slone in ljudi, s katerimi so se srečali - tudi pred mnogimi leti.



POZORNOST

Pozornost je proces usmerjenosti oz. osredotočenosti na omejeno število dražljajev. Gre za proces, ki se neprestano spreminja, spremlja pa ga značilno vedenje, ki pripomore k boljšemu zaznavanju okolja. Dražljaji, na katere je pozornost usmerjena, postanejo v zavesti jasni, drugim dražljajem pa je dostop do zavesti preprečen ali otežen. Pozornost nam lahko zmoti kaj od zunaj (npr. ropot v sosednji sobi), odvisna pa je tudi od notranjih dejavnikov (npr. naše motivacije). Pozornost nam omogoča, da se usmerimo k za nas pomembne vsebine, preostalo pa prezremo.

IZVRŠILNE FUNKCIJE

So kognitivne funkcije, ki nam pomagajo usmeriti in nadzirati naše delovanje proti postavljenemu cilju. Uporabljamo jih vsak dan za učenje, delo in opravljanje vsakdanjega življenja. Izvršilne funkcije so odgovorne za številne veščine, npr. pozornost, organizacijo in načrtovanje nalog, uravnavanje čustev, samonadzor, razumevanje različnih stališč. V življenju se postopoma razvijajo in spreminjajo, mogoče jih je izboljšati. Težave z izvršilnimi funkcijami lahko otežijo osredotočanje, sledenje navodilom in obvladovanje čustev.

K L P J O P V P D S T P P G P M Z E D
E V P O A P Z P J V Z P P M B T P E G
Z E D E M K M P G T V B Z N M M L D
S V G P M Z J K L M P J E T M O X G E
G P J P N P P M K P G Z S D A N N J K
K L P Z P D D Z T P B Č T Z X Ž O P P
P E S T Z X P J K L V E V P P Č L Ž Đ
J T V E W Z X V B P N M K L O K X P N
P N M G P T Z E D E G V X M K O P G

	6			8		4	2	
	1	5		6		3	7	8
			4				6	
1			6		4	8	3	
3		6		1		7		5
	8		3	5				
8	3		9	4				
	7	2	1	3		9		
		9		2		6	1	



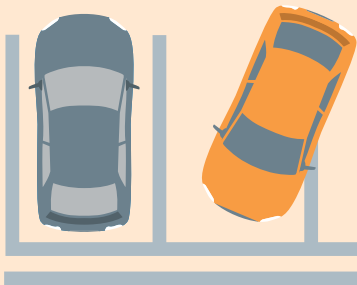
VIDNO-PROSTORSKE FUNKCIJE

Vidno-prostorske funkcije se nanašajo na prepoznavo vidnega dražljaja in sposobnost, da se ta dražljaj ustrezno in pravilno vrednoti oz. prepozna. **Potrebne so za gibanje, prostorsko navigacijo ter zaznavanje globine in razdalje.** Vidno-prostorske funkcije so zelo koristne in pomembne v vsakdanjem življenju.

Pomagajo nam že npr. pri parkiranju, saj lahko zaradi njih ocenimo razdaljo med dvema predmetoma, pri uporabi zemljevida, hoji skozi vrata, pri vožnji, prečkanju ceste, vodenju svoje roke do predmeta, ki ga želimo dvigniti. Vidno-prostorske težave niso enake težavam z vidom. Pri vidno-prostorskih težavah so oči lahko popolnoma delujoče, vendar možgani ne zmorejo razumeti informacij, ki jih oči zaznajo.

ZAKAJ ŽENSKE ŽIVIJO DLJE KOT MOŠKI?

Zato ker jim je bog povrnil leta, ki so jih porabila pri parkiranju.





UČINKOVITOST IN HITROST PROCESIRANJA INFORMACIJ

Učinkovitost obdelovanja informacij zajema delovni spomin in hitrost. Delovni spomin je že opisan pri spominu. Hitrost obdelave informacij pa je eden glavnih elementov kognitivnega procesa, zato je tudi ena najpomembnejših veščin **pri učenju, akademski uspešnosti, intelektualnem razvoju, sklepanju in izkušnjah**. Je kognitivna sposobnost, ki jo lahko opredelimo kot čas, ki traja, da oseba opravi miselno nalogo, ali pa kot čas med sprejetjem in odzivom na dražljaj. Povezana je s hitrostjo, s katero lahko človek razume in se odzove na informacije, ki jih prejme.



MIŠLJENJE

Mišljenje je proces, ki **nam omogoča odkrivanje novih odnosov med informacijami** oz. proces reševanja (miselnih) problemov. Je miselni proces, ki nam omogoča, da postavljamo takšna in drugačna vprašanja ter nanje odgovarjamo. Predstavlja skupek vseh spoznavnih procesov, ki potekajo v delovnem spominu (npr. posploševanje, presojanje, sklepanje, odločanje), s katerimi odkrivamo nove odnose med izkušnjami.



JEZIKOVNE SPOSOBNOSTI

Jezikovne sposobnosti so zelo kompleksne in nam omogočajo sporazumevanje s soljudmi in okolico. Mednje spadajo govor, pisanje in branje. Omogočajo nam družbene stike in so podlaga za delo, študij in vključenost v okolico.

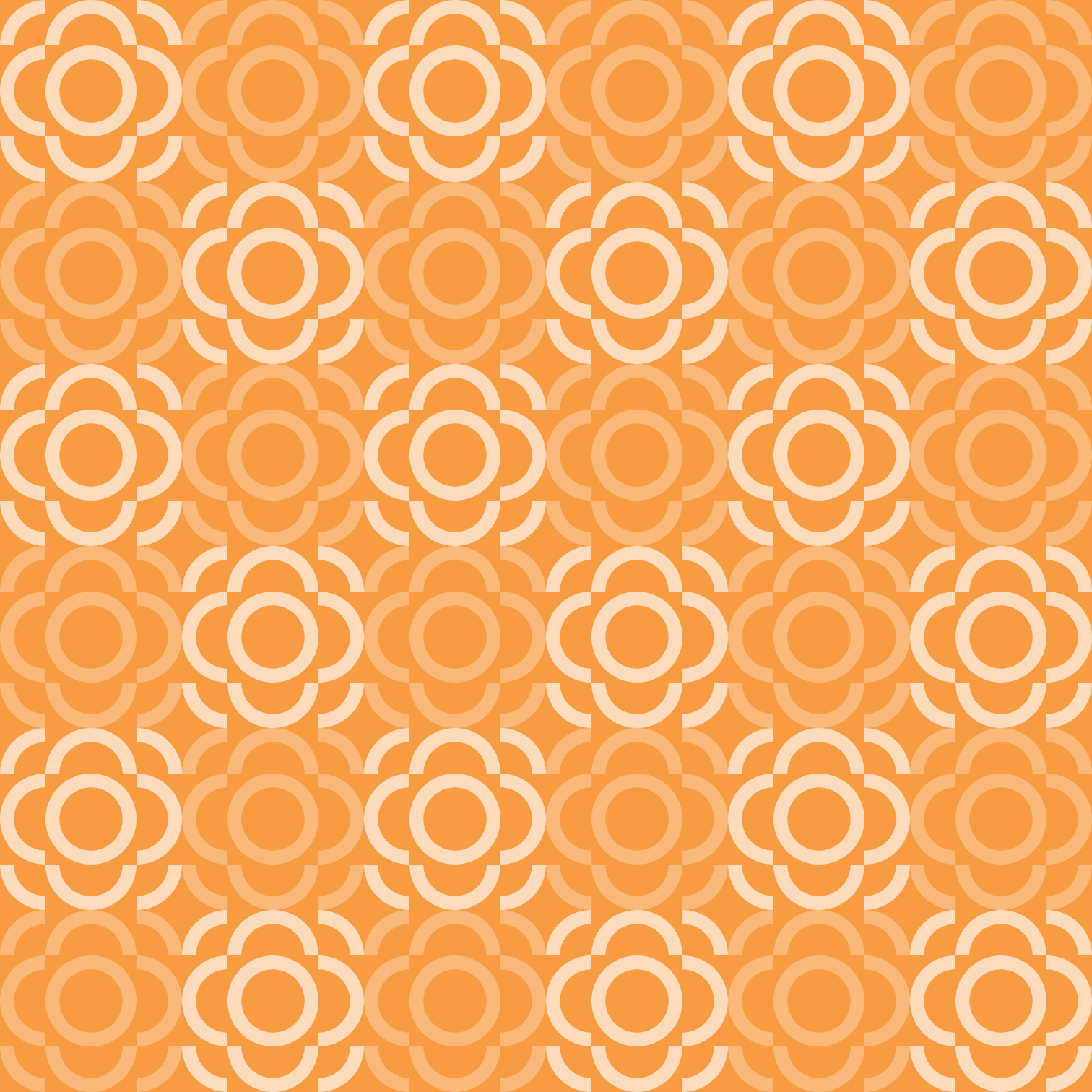
ŠTUMFI	VRV
ŠAJTRGA	ZAMAŠEK
ŠTOFLC	SHRAMBA
ŠPAJZA	NOGAVICE
ŠPORHET	ŠTEDILNIK
ŠPAGA	SAMOKOLNICA

POVEŽI SOPOMENKE

KAKO SE SKLANJA DEDEK?

V šoli se Janezek uči sklanjatve.
Učiteljica ga vpraša: "Kako se sklanja dedek?"
Janezek: "Ja... brez kozmodiska težko."

HA HA HA



(02)

MULTIPLA
SKLEROZA IN
KOGNITIVNE
FUNKCIJE

Več let je bilo področje kognitivne prizadetosti pri bolnikih z MS zanemarejeno, kar se je pokazalo tudi na področju znanstvenoraziskovalnega dela. Kljub temu je bil v zadnjih tridesetih letih storjen velik raziskovalni premik tudi na tem področju.

Glede na sedanja spoznanja ni nobenega dvoma, da je **kognitivna prizadetost pogosta značilnost MS s pogostostjo pojavljanja od 43 do 70 odstotkov v poteku bolezni**. Nekateri raziskovalci razumejo napredujoči kognitivni upad kot najhujšo težavo v sklopu MS s številnimi socialnimi in ekonomskimi posledicami.

Pogostost prizadetosti posameznih kognitivnih funkcij pri MS

PRIZADETOST KOGNITIVNE FUNKCIJE	POGOSTOST PRI BOLNIKIH Z MS (%)
Hitrost obdelovanja informacij	20–50
Spomin	33–65
Pozornost	12–25
Izvršilne funkcije	17–19
Vidno-prostorske funkcije	do 25

Področje kognitivnega upada pri recidivno-remitentni (RR) MS je najbolj raziskano, vendar so ugotovili, da **je kognitivna prizadetost bolj izražena pri napredujočih oblikah MS v primerjavi z RR MS**.



UČINKOVITOST IN HITROST OBDELOVANJA INFORMACIJ

Nekateri raziskovalci menijo, da je upočasnjeno obdelovanje informacij najpogostejše prizadeta domena v sklopu kognitivnih funkcij pri bolnikih z MS.

Pogosto so v ospredju težave v pomenu, **da so bolniki manj storilni v službi, težko sledijo pogovoru, pouku v šoli ali predavanju na fakulteti. Ob tem imajo velikokrat tudi težave s pridobivanjem znanja na novih, neznanih področjih**.

Ž J G T Š S V T R M L
A H T E H L J A I L G
Y C V O I I T Z W P Q
N B O R O V N I C E A
H R U Š K E I U F E Z

SPOMIN

Motnja spomina je ena najpogostejših kognitivnih motenj pri bolnikih z MS. Pojavlja se pri 33–65 odstotkih bolnikov. V večini primerov gre za prizadetost dolgoročnega in delovnega spomina, medtem ko je t. i. avtomatski oz. nezavedni spomin bolnikov, pri katerem uporabljajo pretekle izkušnje brez razmišljanja, manj prizadet.

TEŽAVE, KI JIH BOLNIKI POGOSTO IZPOSTAVIJO, SO:

- pozabljanje telefonskih števil, imen znancev;
- pozabljanje predvidenih obveznosti (npr. zobozdravnika);
- pozabljanje vsebine nedavnega pogovora s sosedom, prijateljem;
- pozabljanje oz. izgubljanje predmetov (knjige, osebne izkaznice);
- otežen priklic novih informacij (npr. navodila o uporabi novega mobilnega telefona);
- pozabljanje posredovanja sporočil, namenjenih drugim (npr. o klicu zdravnika, predavitvi pomembnega sestanka).

POZORNOST

Približno 12–25 odstotkov bolnikov z MS ima prizadetost pozornosti. Možganska struktura, ki ima pomembno vlogo pri pozornosti, se imenuje talamus. Pogosto so pri bolnikih z MS prizadete kompleksne funkcije pozornosti. Velikokrat je prizadeto vzdrževanje pozornosti. Pomembno vlogo pri oceni pozornosti ima lahko tudi utrudljivost, ki je prav tako pogosta pri bolnikih z MS. Bolj kompleksne funkcije pozornosti so pogosto prizadete pri napredujočih oblikah MS.

TEŽAVE, KI JIH BOLNIKI POGOSTO IZPOSTAVLJAJO, SO:

- hitreje opazijo motnje v okolju – te jih tudi bolj motijo in se težje vrnejo k izhodiščni aktivnosti (npr. zvoki živali ob branju knjige);
- težko ohranjajo pozornost ob dejavnostih, ki trajajo dlje časa (npr. gledanju filma ali branju knjige);
- prehajanje pozornosti iz ene dejavnosti na drugo (npr. od pisanja v telefon do pogovora z osebo v istem prostoru);
- opravljanje več stvari hkrati (npr. pogovarjanje s prijateljem in priprava kosila).

IZVRŠILNE FUNKCIJE

Okvare izvršilnih funkcij so manj pogoste kot motnje spomina ali učinkovitost obdelovanja podatkov, vendar kljub temu prizadenejo 17–19 odstotkov bolnikov z MS. Pogosto je ocena izvršilnih funkcij otežena zaradi pridružene depresije.

NAJVEČKRAT SE IZRAZIJO KOT TEŽAVE:

- s prioritetami, časovno organizacijo in reševanjem problemov (npr. opravljanje številnih različnih dejavnosti, vendar ob koncu dneva nobena izmed njih ni smiselno končana);
- s kompleksnejšimi aktivnostmi (sestavljanje nočne omarice, kuhanje – slediti morajo vsakemu zapisanemu koraku, sicer ne morejo opraviti kompleksnejše aktivnosti);
- z načrtovanjem dopusta, večjega nakupa;
- s spremljajočo čustveno neuravnoteženostjo (nenadzorovani izbruhi smeha ali joka), razdražljivostjo, impulzivnostjo z zmanjšanim nadzorom nad lastnim vedenjem (nenadzorovano zapravljanje v igralnici).





VIDNO-PROSTORSKE FUNKCIJE

Prizadetost vidno-prostorske funkcije je opisana pri do 25 odstotkih bolnikov z MS. Prizadetost, povezana s to kognitivno funkcijo, je lahko posledica okvare vidnega živca oz. drugih delov vidnega sistema, kar lahko vpliva na višje živčne funkcije.

V OSPREDJU BOLNIKOVIH TEŽAV SO:

- › slabša presoja razdalje (npr. poškodba avtomobila pri parkiranju);
- › prepoznavanje obrazov (vendar lahko osebo večinoma še vedno prepoznajo po glasu);
- › zamenjava desne in leve strani;
- › razumevanje bolj zapletenih likov.

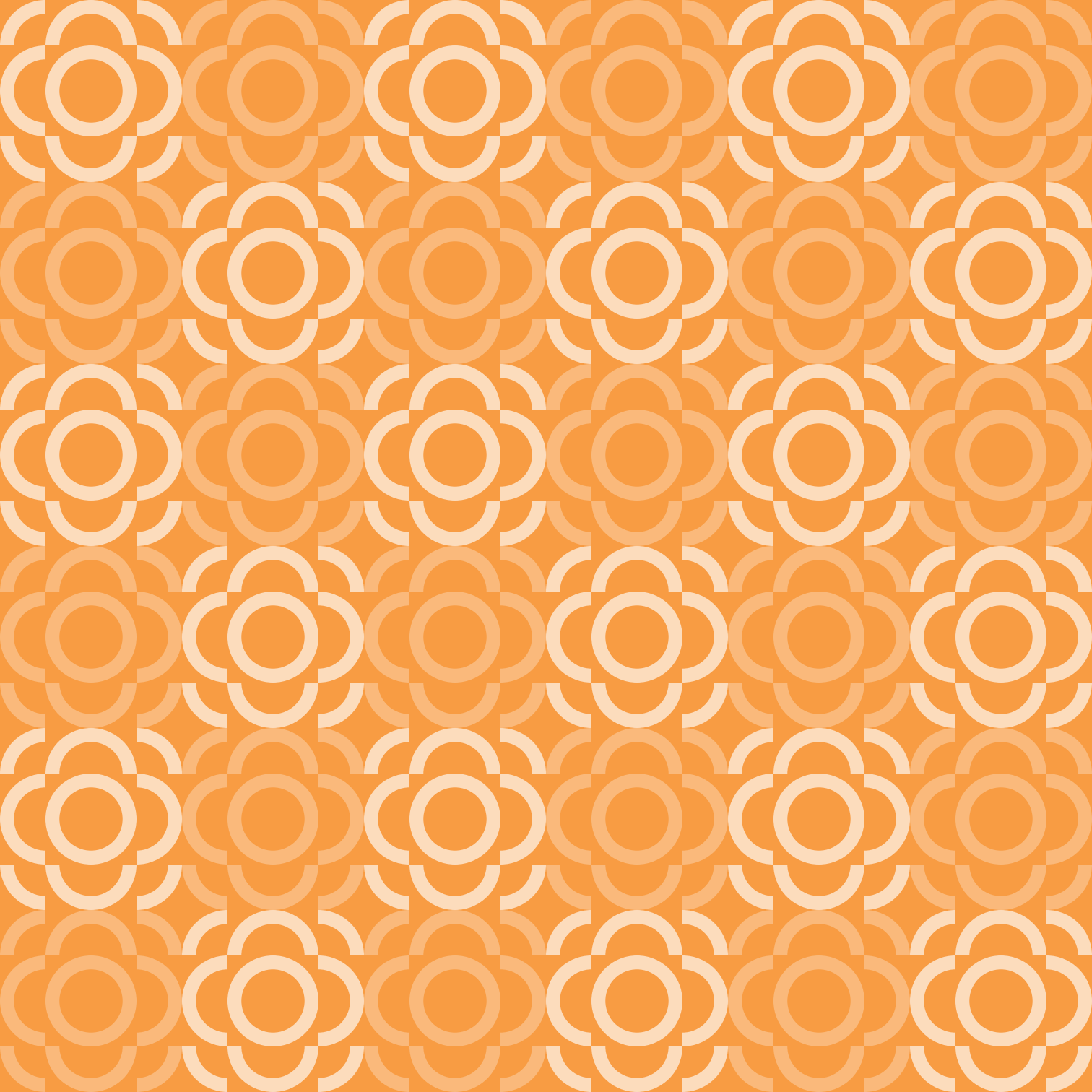


DEMENCA

Pri bolnikih z MS se demenca pojavlja razmeroma redko, in sicer v 10–25 odstotkih. Pri mladih odraslih in otrocih s hitro potekajočim kognitivnim upadom je sicer pomembno izključiti tudi diagnozo MS.

		6		3	1		7	
4	3	7			5			
	1		4	6	7			8
	2	9	1	7	8	3		
							2	6
3				5				
8		5			4	9	1	
		3	5		9		8	7
7	9			8	6			4

K L P J O P V P D S T P P G P M Z E D
E V P O A P Z P J V Z P P M B T P E G
Z E D E M K M P G T V B Z N M M L D
S V G P M Z J K L M P J E T M O X G E
G P J P N P P M K P G Z S D A N N J K
K L P Z P D D Z T P B Č T Z X Ž O P P
P E S T Z X P J K L V E V P P Č L Ž Đ
J T V E W Z X V B P N M K L O K X P N
P N M G P T Z E D E G V X M K O P G



(03)

TESTIRANJE
KOGNITIVNIH
FUNKCIJ PRI
BOLNIKI Z MS

Zaradi visoke pojavnosti kognitivnih motenj pri bolnikih z MS je te motnje zelo pomembno ustrezno prepoznati in jih diagnosticirati. Ustrezen pristop in diagnosticiranje omogočita, da se pri bolniku zmanjšajo anksioznost, negotovost, napetost in druga negativna čustva. **Tako bolnik lažje razume, da se določene težave, povezane s kognitivnimi funkcijami, izražajo zaradi osnovne bolezni – MS.**

Šele ustrezna diagnostika odpre vrata za zdravljenje in tudi nadaljnje ukrepe. Vloga zdravstvenega osebja v tem procesu je, da bolnika ustrezno seznani s kognitivnimi motnjami, ga vodi skozi proces diagnostike in zdravljenja ter mu je ves čas v oporo. Ključen je t. i. ekipni pristop, ki zajema vlogo zdravnika, diplomirane medicinske sestre, kliničnega psihologa, fizioterapevta, delovnega terapevta in po potrebi še druge stroke.

Le ustrezna ekipna obravnava, pri kateri je osrednja vloga namenjena bolniku, vsak zdravstveni delavec pa ustrezno opravi svojo vlogo, je lahko povezana z ugodnim rezultatom in zadovoljstvom bolnika.

Kognitivni upad pri bolniku z MS je lahko zelo subtilen in navadno zajema že opisane kognitivne funkcije. Pomemben del ustrezne diagnostike so ustrezno zasnovani **nevropsihološki testi**. Ti morajo biti dobro občutljivi, zanesljivi,

ponovljivi in razmeroma preprosti za uporabo. Zaželeno je tudi, da je mogoče teste vrednotiti v luči preiskovančeve starosti in stopnje izobrazbe. Nevropsihološki testi morajo biti hkrati celoviti, kar je ključno za natančno in zanesljivo oceno kognitivnih funkcij, po drugi strani pa morajo biti jedrnat in časovno ter stroškovno učinkoviti, da jih je mogoče uporabljati v vsakodnevni klinični praksi.

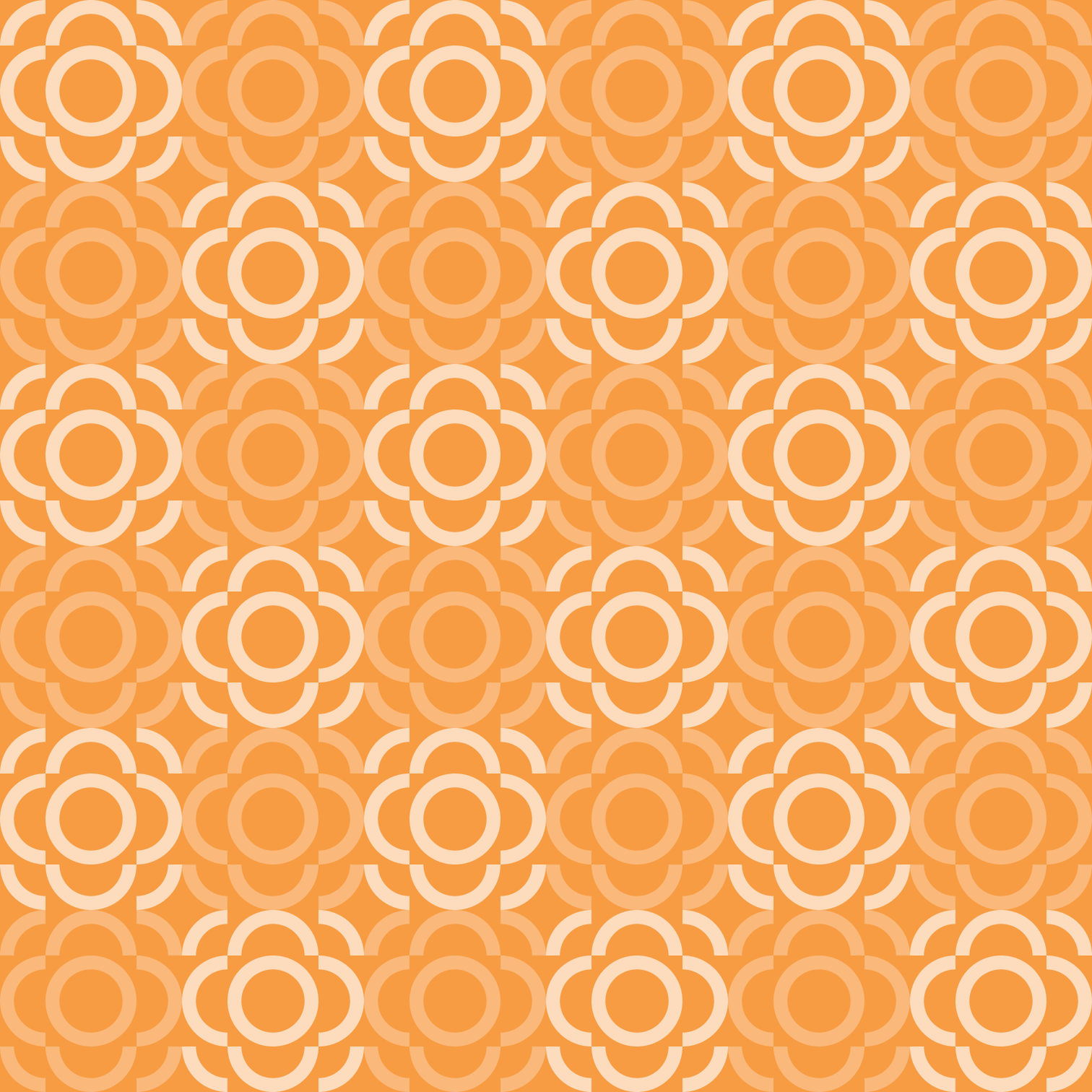


BICAMS (*angl. Brief International Cognitive Assessment for MS*) je zelo pomemben test za oceno kognitivnih funkcij pri MS, saj je široko uporabljan. Je preprosto orodje, ki se ga da uporabljati v vsakodnevni praksi za sledenje bolnikovih kognitivnih funkcij. Sestavljen je iz treh delov:

- test s simboli in številkami (*angl. Symbol Digit Modality Test – SDMT*);
- test epizodičnega verbalnega učenja in spomina (*angl. California Verbal Learning Test-II (CVLT-II)*);
- test s prerisovanjem likov (*angl. Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMTR)*).

Test traja približno 15 minut. Uporaben je tudi za spremljanje kognitivnih funkcij ob imunomodulatornem zdravljenju bolnikov z MS.

Ob BICAMS se uporabljajo tudi drugi testi – eni so namenjeni predvsem bolnikom z MS, lahko pa uporabimo tudi bolj splošne teste za oceno kognitivnega upada. Tak primer je Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS). Ta test omogoča razmeroma hiter, osnovni in orientacijski pregled kognitivnih funkcij.



(04)

ZDRAVLJENJE

Učinkovitega zdravila, ki bi bil usmerjeno namenjen zdravljenju kognitivnih motenj pri bolnikih z MS, trenutno nimamo. Pomembno vlogo pri preprečevanju hujše kognitivne prizadetosti imajo imunomodulatorna zdravila, ki jih številni bolniki prejemajo v sklopu zdravljenja MS.

Z ustreznim imunomodulatornim zdravljenjem zmanjšamo število zagonov in upočasnimo napredovanje bolezenskega procesa, s tem pa posredno upočasnimo ali preprečimo razvoj kognitivnih motenj. **Ključno pri zdravljenju z imunomodulatornimi zdravili je namreč, da se zdravljenje začne čim prej, saj lahko le tako poskusimo zavreti bolezenski proces in preprečimo pojav in/ali napredovanje telesne prizadetosti in kognitivnih motenj.** Ob tem so na voljo številni ukrepi, ki pripomorejo k boljši kakovosti življenja bolnikov.

Zelo pomembno je, da so bolniki in zdravstveno osebje pozorni na morebitne motnje razpoloženja, težave s spanjem in jemanjem zdravil, saj so lahko ti pogosto povezani s kognitivnim upadom ali navideznim kognitivnim upadom, na katerega lahko vplivamo.



MOTNJE RAZPOLOŽENJA

Depresija in anksioznost negativno vplivata na spomin, hitrost obdelovanja informacij in izvršilne funkcije pri bolnikih z MS. Pomembno je, da se o motnjah razpoloženja odkrito pogovorimo, o njih povprašamo in k njim ustrezno pristopimo, saj jih je mogoče uspešno zdraviti.

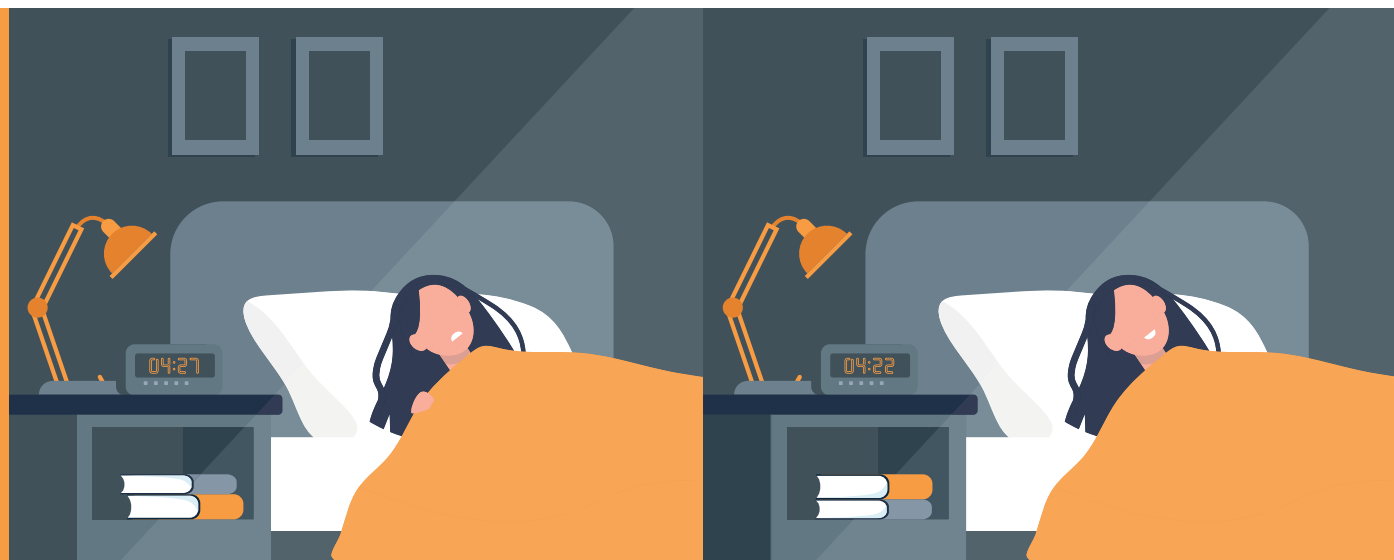


MOTNJE SPANJA

Motnje spanja, ki so lahko povezane z depresijo, utrudljivostjo in bolečino, pripomorejo h kognitivnemu upadu bolj kot le depresija sama po sebi. Zato je zelo pomembna ustrezna spalna higiena. Spanje je zelo pomembno za ohranjanje dobrega splošnega počutja in kognitivnih funkcij. V primeru motenj spanja je nujno o tem spregovoriti z zdravstvenim osebjem.

ODSTRANITEV MOTEČIH DEJAVNIKOV ZA BOLJŠE SPANJE:

Odstranitev mobilnega telefona, tabličnega računalnika, svetlobe in hrupa. Pomembno je zagotoviti ustrezen ritem spanja, npr. vsak dan ob isti uri, dovolj spanca vsako noč.





DRUGA ZDRAVILA

Nekatera zdravila lahko negativno vplivajo na posameznikove kognitivne sposobnosti, prav tako lahko vplivajo interakcije med številnimi različnimi zdravili. Pomembno je, da svojemu zdravniku vedno poveste, katera zdravila uživate in kakšne težave imate. Ocenil bo, katera zdravila so najprimernejša za vas. Opravili so tudi študije na zdravilih, ki jih uporabljamo za zdravljenje drugih bolezni, npr. alzheimerjeve demence, vendar omenjena zdravila pri že izraženih kognitivnih motnjah pri bolnikih z MS niso imela pomembnega kliničnega učinka.

Pri bolnikih z MS in izraženimi kognitivnimi motnjami so ugotovili koristnost zmerne telesne vadbe (predvsem aerobnega treninga), kognitivnih rehabilitacijskih tehnik in psihološke podpore. Kadar so v ospredju težave z govorom, je smotrno vključiti v obravnavo tudi logopeda. Tudi v splošni populaciji se kot preventiva proti kognitivnemu upadu svetujejo zmerna telesna aktivnost (predvsem aerobna, pa tudi telesna aktivnost z vadbo z utežmi), izobraževanje (npr. učenje tujega jezika), vključenost v družbo, izogibanje kajenju, zdravljenje zvišanega krvnega tlaka, naglušnosti, sladkorne bolezni in vzdrževanje primerne telesne teže. Zelo smiselno pa je tudi kognitivni trening v obliki miselnih nalog, ki so zajete v tej knjižici.

Velikokrat lahko težave s kognitivnimi funkcijami bolnike pripeljejo do stiske, še posebno, če niso ustrezno prepoznane in pojasnjene.

Ključno je, da so bolniki in njihovi svojci ustrezno poučeni o tovrstnih motnjah in da z zdravstvenimi delavci poteka odkrita in odprta komunikacija o kognitivnih motnjah.

Tudi zdravstveni delavci moramo več časa in skrbi nameniti pogovoru in prepoznavi kognitivnih motenj. Razumeti moramo stisko bolnikov, ki se morajo boriti za svojo zaposlitev, voziško dovoljenje in/ali samostojnost pri vsakodnevnih opravilih. Vprašanja o kognitivnih motnjah so velikokrat zapostavljena zaradi posvečanja pozornosti drugim simptomom in znakom MS, največkrat znakom telesne prizadetosti. S skupnimi močmi in medsebojno podporo lahko več prostora namenimo tudi kognitivnim funkcijam s ciljem izboljšanja kakovosti življenja bolnikov.

Ž	J	G	T	Š	S	V	T	R	M	T
A	R	O	B	E	R	T	M	I	L	I
Y	L	J	J	G	M	A	R	T	I	N
N	E	Z	H	T	S	V	P	J	L	E
H	R	U	Š	K	E	I	U	F	E	Z

VIRI

Grzegorski T, Losy J. Cognitive impairment in multiple sclerosis – a review of current knowledge and recent research. Rev Neurosci. 2017; 28(8): 845–60.

Kalb R, Beier M, Benedict RH et al J. Recommendations for cognitive screening and management in multiple sclerosis care. Mult Scler 2018; 24(13): 1665–80.

Curk J, Dogša I, Kompare A. et al. Uvod v psihologijo. Ljubljana: DZS, 2006.

Pečjak V, Musek J. Psihologija. Ljubljana: Educy, 2001.

Salthouse TA, Ferrer-Caja E. What needs to be explained to account for age-related effects on multiple cognitive variables? Psychology and Aging. 2003; 18(1): 91–110.

Wiley J, Jee BD. Cognition: Overview and Recent Trends. Learning and cognition in education, 2011.

Santos T, Pinheiro J, Barros P. Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. Eur. Neurol. Rev. 2015; 10(2): 157–63.

Nourbakhsh B, Nunan-Saah J, Maghzi AH et al. Longitudinal associations between MRI and cognitive changes in very early MS. Mult. Scler. Relat. Disord. 2016; 5: 47–52.

Planche V, Gibelin M, Cregut, D et al. Cognitive impairment in a population-based study of patients with multiple sclerosis: differences between late relapsing-remitting, secondary progressive and primary progressive multiple sclerosis. Eur J Neurol. 2016; 23(2): 282–9.

Moroso A, Ruet A, Lamargue-Hamel D et al. Posterior lobules of the cerebellum and information processing speed at various stages of multiple sclerosis. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2017; 88: 146–51.

Guimarães J, Sá MJ. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. Front. Neurol. 2012; 3: 74.

Brissart H, Morele E, Baumann C et al. Verbal episodic memory in 426 multiple sclerosis patients: impairment in encoding, retrieval or both? Neurol. Sci 2012; 33: 1117–23.

Chiaravalloti ND, DeLuca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. Lancet Neurol 2008; 7: 1139–51.

1	5			4	2			6
2	7	4	5	6			1	
		6			7	4		2
	1						4	
				5				
	6		4		3	1	9	
	2		6		5	9		
9	8	5		3			6	
	4		2	1	9	8	3	



REŠI SUDOKU

HA HA HA

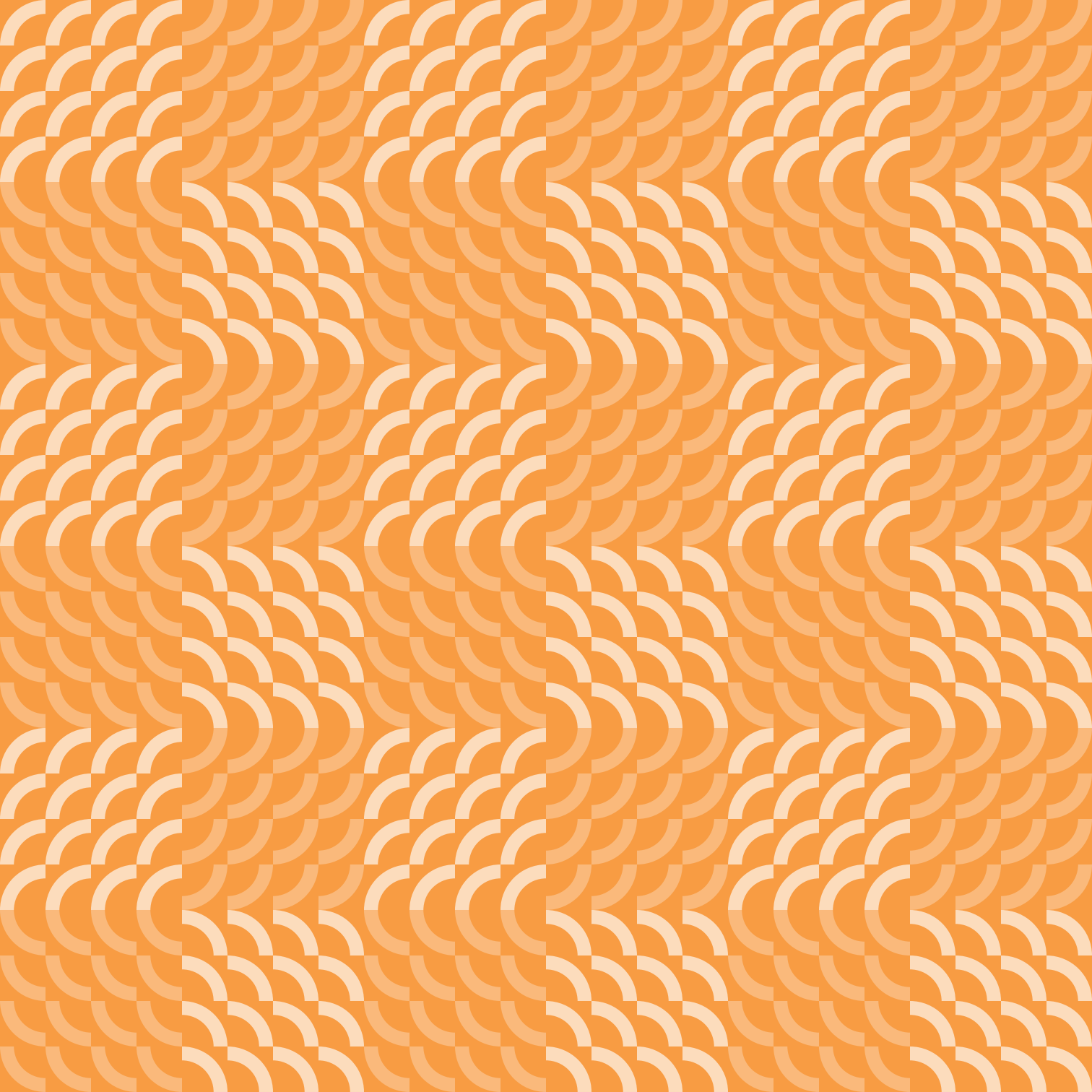


**PSIHOLOŠKI
POGLED NA
BOLNIKA Z
MULTIPLO
SKLEROZO**

Dr. Estera Žalik,
spec. klin. psih., UKC Maribor

UVOD

Bolniki z MS so ob prvem zagonu bolezni najpogostejše mladi odrasli, na prehodu v odraslost, njihova glavna naloga pa je dokončno izoblikovanje lastne identitete in ciljev za življenje. V tem obdobju potrebujejo največ fizične in mentalne energije, da se spopadajo z zahtevami in nalogami tega življenjskega obdobja, zaradi nastopa bolezni pa prihodnost postane zamegljena, neznana in nezanesljiva. Zamaje se jim občutek varnosti. Deležni postanejo nenehnega stresa in čustvene obremenjenosti, pri čemer pa poleg narave bolezni veliko vlogo odigrajo njihova osebnost, socialne življenjske okoliščine (služba, krog svojcev in prijateljev), pričakovanja in vrednote življenja ter veščine, strategije spoprijemanja s težavami.



(01)

OKOLICI
SKRITE TEŽAVE
BOLNIKOV Z MS



Multipla skleroza je bolezen, ki jo prepoznavamo na podlagi telesnih težav na področju motorike, senzorike in cerebelarne simptomatike, med bolezenskim procesom pa pri velikem deležu bolnikov sčasoma nastanejo spremembe tudi na področju kognitivnega funkcioniranja.

Število bolnikov, ki imajo tovrstne težave, je podcenjeno, pri številnih bolnikih so tovrstne težave kljub rednim nevrološkim kontrolam prezrte.

Začetne, najbolj subtilne in znane kognitivne težave za osebe z MS se kažejo v obliki upočasnjene procesiranja informacij, zaradi česar pogosto dajejo vtis, da so nezainteresirani ali leni, posledično pa so velikokrat deležni neutemeljenih kritik ali negativnih komentarjev. V resnici **nastale spremembe bolnikom onemogočajo, da sledijo toku informacij, in le s težavo ohranjajo pozornost na določene dražljaje v hrupnem okolju**. Izrazitejše jih doživljajo v miselno bolj obremenjujočih situacijah (kot so zadrževanje velikega števila informacij, branje zapletenega in strokovnega gradiva, opravljanje več nalog hkrati, hitro sledenje podatkom, hitro prilagajanje aktivnosti glede na zunanje dogodke in podobno), zlasti kadar so v njih izpostavljeni dlje časa.



KOGNITIVNA UTRUDLJIVOST, POZORNOST IN VIŠJE KOGNITIVNE FUNKCIJE

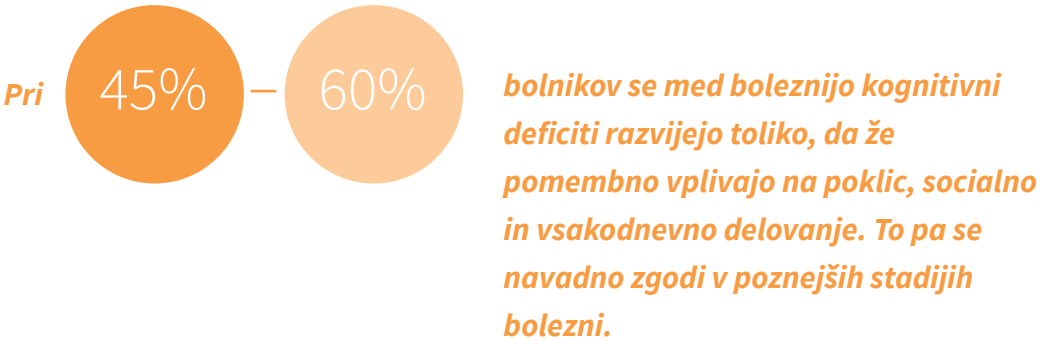
Utrudljivost označuje stanje, ko je utrujenost glede na količino in stopnjo aktivnosti prevelika, počitek pa ne zadostuje za odpravo te utrujenosti. **Poleg telesne utrudljivosti je pri bolnikih z multiplo sklerozo zelo pogosta tudi kognitivna utrudljivost**, zaradi katere tudi ob običajnem delovnem ritmu dela sposobnost mišljenja začne pešati, čedalje pogosteje pa se pojavljajo tudi napake.

Pozornost, ki je za kognitivno funkcioniranje enako pomembna kot telesna kondicija za tek na dolge proge, je tako temelj za preostale kognitivne procese in nujno potrebna za učinkovito učenje, spomin, načrtovanje in prilagajanje. Selektivna pozornost je potrebna v situacijah, ki zahtevajo sledenje zgolj eni nalogi ali eni vrsti informacije in istočasno ignoriranje nepomembnih dražljajev (distraktorjev), uspešno opravljanje več aktivnosti istočasno pa zahteva nepri-zadeto deljeno pozornost. Težave z vzdrževano pozornostjo se kažejo v obliki težav s koncentriranostjo na neko nalogo za daljši čas. Kadar jih med neko miselno aktivnostjo kaj ali kdo prekine, izgubijo rdečo nit, izgubijo stik s tistim, kar počnejo.

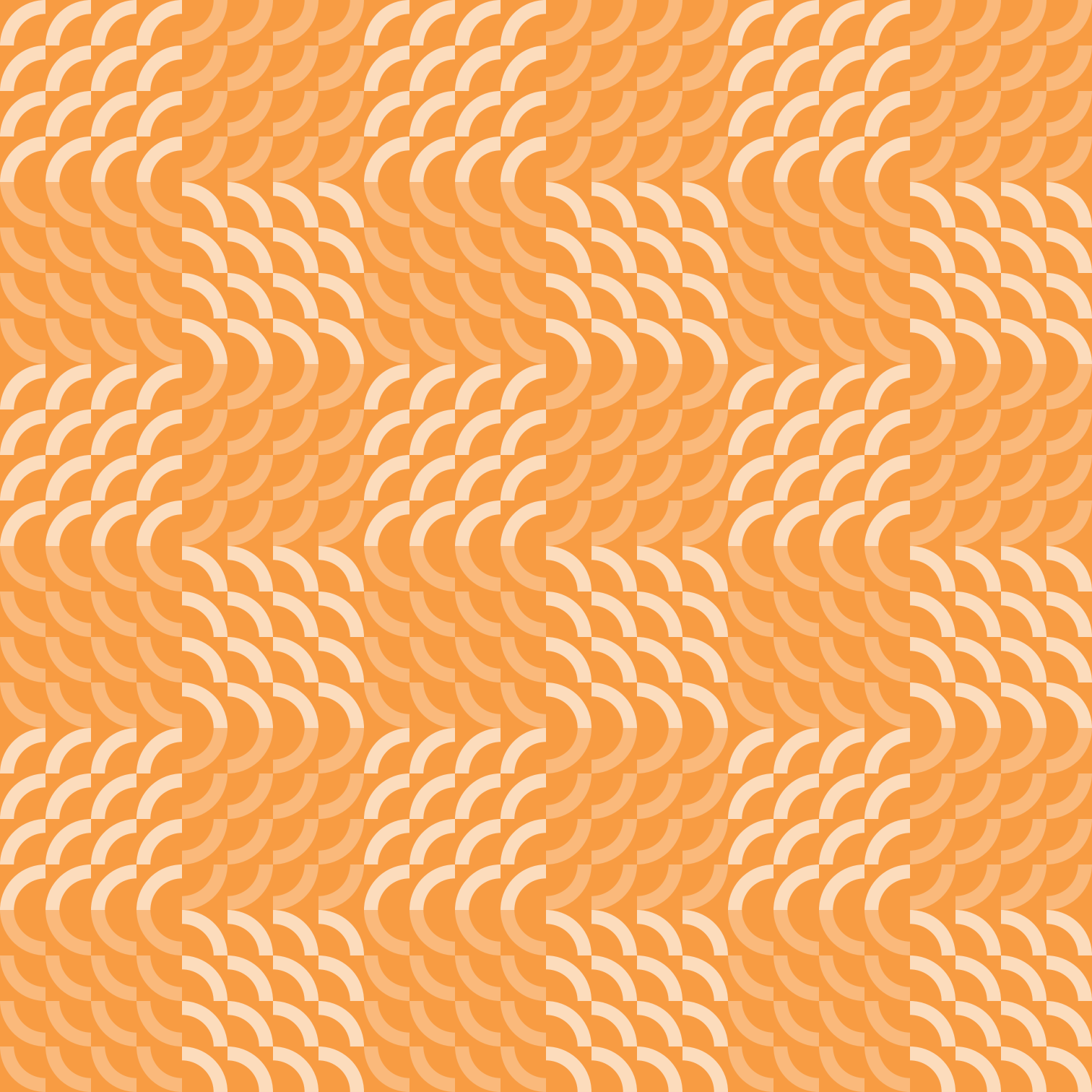
Med najpogostejšimi pritožbami bolnikov z MS, ki so napoteni na pregled h kliničnemu psihologu, so vsekakor spominske težave, ki jih opisujejo kot nezmožnost priklica nedavnih dogodkov, pozabljanje opravil, ki jih morajo narediti, velikokrat pa poročajo tudi o težavah pri priklicu imen ali posameznih besed. Pogost znak spominskih disfunkcij je tudi potreba po večkratni ponovitvi nekega gradiva pri učenju, da je učinek učenja enak kot v preteklosti. To pomeni, da morajo besedilo določene dolžine, ki so si ga v preteklosti zapomnili po drugem ali tretjem branju, zdaj prebrati pet- ali šestkrat, pri čemer sta težavnosti besedila primerljivi. Posledično torej za učenje porabijo več energije in več časa, tempo učenja je počasnejši.

Kadar potožijo, da imajo težave pri reševanju problemov in da kljub poznani rešitvi strategije ne zmorejo izdelati, opisujejo težave na področju, ki ga imenujemo izvršitvene sposobnosti. Pojem izvršitvene sposobnosti zajema širši spekter sposobnosti, ki so odgovorne pri nadzoru in usmerjanju drugih sposobnosti ter našega vedenja in so nujno potrebne pri načrtovanju in reševanju problemov. Kadar je zaradi nepričakovanih dogodkov ali zapletov že izdelano strategijo treba spremeniti in prilagoditi in imajo bolniki pri tem težave, se lahko prej zelo izdelano in strateško reševanje sprevrže v kaotično pristopanje k reševanju, pri čemer prevladuje reševanje po principu poskusov in napak, vedenje pa lahko deluje neorganizirano. Deficiti na področju izvršitvenih funkcij so zlasti v začetnih fazah bolezni redkejši, so pa kljub temu pomembni z vidika kakovosti njihovega življenja.

Spremembe v kognitivni učinkovitosti pa ne ostanejo vedno prikrite.



BRIŽA	GUMB
FTON	PLESATI
ŽAKL	JANEŽ
RAJTAT	TOČA
MALN	VREČA
KARAMAČ	MLIN
BOTE	ZRAK
LUFT	ŠKORNJI



(02)

SAMOPOMOČ

Eno najpogostejših vprašanj teh bolnikov, ko pridejo v stik s psihologom, je, kaj lahko sami naredijo, da bi težave zmanjšali in si življenje olajšali. Pomembno vlogo imajo primarne intervencije, s katerimi spodbujamo bolnike (in druge zdrave ljudi), da z vedenjem in zdravim življenjskim stilom vzdržujejo zdravje možganov. Spodbujamo jih k telesni aktivnosti, mentalni aktivnosti (povečevanje kognitivne rezerve), obvladovanju kardiovaskularnih dejavnikov tveganja in drugih pridruženih bolezni, zmanjšanju (prenehanju) kajenja in obvladovanju stresa.

Da bi bila pomoč najbolj učinkovita, je smiselna natančna določitev morebitnih prizadetih kognitivnih sposobnosti z uporabo diagnostičnih pripomočkov, opravi pa jo nevropsiholog. Na podlagi rezultatov preizkušenj lahko določi raven posamezne sposobnosti in jo primerja s pričakovano ravno – glede na raven funkcioniranja vrstnikov iste stopnje izobrazbe. Tako lahko torej ugotovi, katera področja kognitivnega funkcioniranja so pri bolniku šibka in katera močna, prav tako lahko s poglobljeno analizo ugotovi, kaj se s kognitivnimi sposobnostmi dogaja.

Kadar ugotovimo, da so izrazite **težave s pozornostjo**, lahko svetujemo prijeme, s katerimi bodo te težave omilili.

- **Težave z govorom** lahko omilijo tako, da **govorijo v krajših stavkih, upočasnijo tempo govora** in imajo **vnaprej pripravljene zapise s ključnimi točkami**.

- Zaradi odkrenljivosti je smiselno, da si poskušajo zagotoviti **mirno okolje**, bolniki, ki imajo izrazite težave zaradi upočasnjenosti, naj **prilagajajo ritem dela lastnim zmožnostim**. Zaradi omejenih kapacitet usmerjanja in utrudljivosti naj **omejijo število aktivnosti** ali pa si jih **razdelijo na krajše intervale in načrtujejo pogostejše odmore**. Vsekakor je priporočljivo, da **načrtujejo kratkoročne in realno dosegljive cilje**; tako bodo namreč ohranili voljo in motivacijo za delo. Kadar naloge omogočajo, naj **zaposlitve delijo z bližnjimi**, naj pa ne pozabijo tudi na **sproščanje po daljšem naporu**.

- **Pri izrazitih težavah s spominom** si lahko življenje olajšajo tako, da **shranjujejo predmete na stalna mesta**. Tako jih ne bodo iskali, ko jih bodo potrebovali. Zelo učinkovito se je izkazalo **beleženje dogodkov in obveznosti v urnik**, tudi **izdelava nakupovalnega seznama**. Ob izrazitih težavah z učenjem si učenje lahko olajšajo tako, da se **učijo z razumevanjem**, da celotno snov **razdelijo na manjše enote** in da **uporabljajo sopomenke**.

» Pri težavah z načrtovanjem je smiselno, da **načrt za organizacijo zapišejo**, da lažje sledijo korakom, pomaga tudi **spremljanje aktivnosti z glasnim govorom** in **pomoč svojcev in prijateljev**.

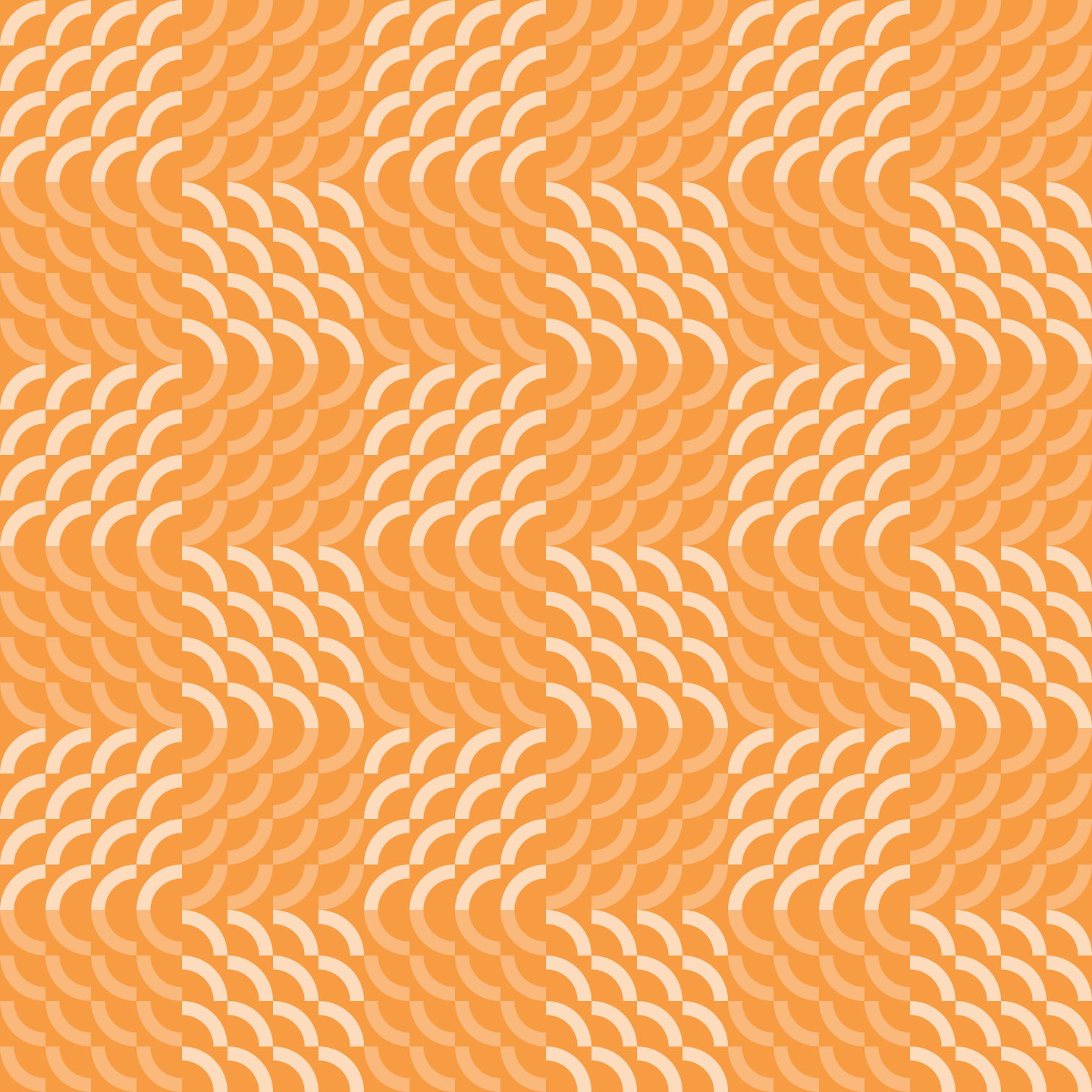
Če pa želimo, da se bolnik bolezni prilagodi, jo mora sprejeti v popolnosti. Parikh namreč pravi, da sta sprejetje in zavezanost zdravljenju najpomembnejša, poleg rednega obiskovanja zdravnika in jemanja zdravil pa to vključuje tudi prilagoditev življenjskega sloga vsem omejitvam, ki jih bolezen prinaša.

»Resnično sprejetje diagnoze bi lahko primerjali z odločitvijo za duhovniški poklic. Predanost zdravljenju mora biti celovita, saj je poleg rednih pregledov pri zdravniku treba vložiti veliko truda tudi v uravnavanje življenjskega sloga. Ne gre zgolj za predanost zdravilom, temveč za način življenja.«

Vloga psihologa tako ni pomembna le v sklopu ocenjevanja kognitivnih (miselnih) težav, ampak ima enako, če ne še pomembnejšo vlogo pri spopadanju posameznika s to boleznijo in v procesu njenega sprejemanja. Ob bolezni se istočasno srečujejo tudi z izgubo zdravja, kar v njih sproži različne občutke, ki so ob poznavanju procesa žalovanja zelo pričakovani in normalni.

	9	4		3		1		
8	1	2	7				9	6
3			1	9				
	3		9		4	6		
		8	6	1	3		4	9
		6	2					1
4		3	5					8
5				2		7		
	6				8	4	1	5

K L P J O P V P D S T P P G P M Z E D
E V P O A P Z P J V Z P P M B T P E G
Z E D E M K M P G T V B Z N M M L D
S V G P M Z J K L M P J E T M O X G E
G P J P N P P M K P G Z S D A N N J K
K L P Z P D D Z T P B Č T Z X Ž O P P
P E S T Z X P J K L V E V P P Č L Ž Đ
J T V E W Z X V B P N M K L O K X P N
P N M G P T Z E D E G V X M K O P G



(03)

ŽALOVANJE

Proces žalovanja je univerzalen ne glede na vsebino izgube, vsak žalujoči pa mora preiti določene stopnje procesa. Največ avtorjev omenja pet faz, ni pa nujno, da so vse enako intenzivne, enako dolge in da se sploh pojavijo. V nadaljevanju sledi kratek opis posameznih faz, ki so pomembne tudi za zdravstvene delavce in svojce, da jih prepoznajo in bolnikom brez očitkov pomagajo pri njihovem premagovanju.



FAZA ŠOKA

Ko bolnika seznanijo z diagnozo, je v šoku, vržen v situacijo, ki je ne pozna, ne razume in ne ve, kaj lahko pričakuje v prihodnje. Na tem mestu je pomembno, da se pogovarjamo in mu previdno razlagamo predvideni potek zdravljenja bolezni. Če presodimo, da ne zmore vseh informacij predelati naenkrat, mu jih podajamo postopoma, kolikor je pripravljen. Sprejemamo njegovo čustveno odzivanje in ga podpiramo.



FAZA ZANIKANJA

Ob diagnozi nekateri doživijo olajšanje, da končno razumejo, kaj se z njimi dogaja, kadar pa je informacija o bolezni, načinu zdravljenja in prihodnosti za bolnika prehuda in je ne zmore sprejeti, se zateče v zanikanje.

Zanikanje je eden izmed obrambnih mehanizmov, ki ima funkcijo preživetja. Bolniku omogoči, da se postopno ponovno spoprime z boleznijo in njenimi kroničnimi posledicami, s katerimi se bo srečeval v življenju. To je počasen proces, zato potrebuje bolnik dovolj časa, podpore in razumevanja. Pri tem ga podpiramo, vendar le pri oblikah vedenja, ki niso združljive z zanikanjem. Za uspešno zdravljenje je namreč nujno, da bolezen sprejme, saj bo le tako sodeloval pri zdravljenju.



DEPRESIVNOST

S sprejemanjem in spopadanjem z diagnozo bolnik začne ponovno doživljati in spoznavati bolezenske težave, negotovost, žaluje za izgubljenim zdravjem, ki pomeni eno največjih izgub v človekovem življenju.

To je faza, v kateri se pojavijo vprašanja: zakaj jaz, kaj sem naredil narobe, ali je to kazen, ki si jo zaslužim. Bolnik se počuti degradiranega, tudi nevrednega življenja. Če je zelo hudo, bo zdravnik najverjetneje po svoji strokovni presoji uvedel zdravila, to pa ne pomeni, da ni potrebna dodatna psihološka podpora bolniku in tudi svojcem. Postopno ga usmerjamo v tiste strani življenja, ki so preostale. Nikakor pa ne spada k tovrstni pomoči trepljanje po rami: »Saj bo bolje, ne bodite tako črnogledi.«



FAZA JEZE IN/ALI AGRESIVNOSTI

Spoznanje, da življenjski cilji, kot si jih je bolnik zamislil, najverjetneje niso dosegljivi, je zelo boleče, povzroča veliko stisko in prepričanje, da življenje ni pravično. Posledično se lahko žalost brez vidnega opozorila hitro prevesi v jezo, celo agresivnost.

Na tem mestu je priporočljivo, da bolniku ponudimo relaksacijske tehnike ali katero drugo zanj primerno obliko kognitivno-vedenjske terapije. Po drugi strani pa je to tudi trenutek, ko lahko bolniku ponudimo več informacij v zvezi z boleznijo in začnemo uvajati kognitivni trening (če pri bolniku ugotavljamo prizadetost kognitivnih sposobnosti).



ZAČETEK REALIZACIJE

Bolnika spodbujamo, da govori o svoji žalosti, tudi krivdi, obupu in tudi sramovanju svoje bolezni, saj mu bomo le tako lahko pomagali. Spodbujamo njegovo samospoštovanje, ki je velikokrat zelo prizadeto, v primerjavi s svojim prejšnjim življenjem in svojimi prijatelji, sorodniki pa se počuti manjvrednega. Bolnika poskušamo pripraviti in opogumiti, da si bolj zaupa. Skupaj z njim in njegovimi svojci govorimo o realnih ciljih, ki pa so za bolnika vsaj na začetku premajhni.

ZA KONEC

Multipla skleroza je kompleksna, lahko tudi zahrbtna bolezen, ki s svojim nastopom zamaje identiteto in življenjske cilje posameznika.

Najpogosteje se pojavlja v obdobju osmišljanja življenjske poti, spopadanje z nedosegljivostjo postavljenih ciljev zaradi njenega nastopa pa obolelim zadane boleč udarec. Prav zato je pomembno, da bolnik in svojci gredo skozi proces sprejemanja bolezni in se zavedajo, da iskanje strokovne pomoči ni sramotno in nesmiselno.

Ž	J	G	S	Š	S	V	T	P	M	T
A	R	O	R	E	R	T	M	O	L	I
Y	L	J	E	Z	A	A	R	N	I	N
N	E	Z	Č	T	S	V	P	O	L	E
H	R	U	A	K	E	I	U	S	E	Z

VIRI

Finlayson M. Multiple sclerosis rehabilitation. From impairment to participation. CRC Press, 2013.

Grazioli E, Yeh AE, Benedict RHB et al. Cognitive dysfunctions in MS: Bridging the gap between neurocognitive deficits, neuropsychological batteries and MRI. Future neurology 2008; 3(1): 49–59.

Gingold JN. Facing the cognitive challenges of multiple sclerosis. Demos Medical Publishing, LLC, 2006.

Holland NJ, Murray JT, Reingold SC. Multiple sclerosis. A guide for the newly diagnosed. Demos Medical Publishing, LLC, 2007.

Larocca NG. Managing cognitive problems in MS. National Multiple Sclerosis Society, 2016.

Martz E, Livneh H. Coping with chronic illness and disability. Springer US, 2007.

Staff NP, Lucchinetti CF, Keegan MB. Multiple Sclerosis With Predominant, Severe Cognitive Impairment. Arch Neurol. 2009; 66(9): 1139–43.

Rao SM. Neuropsychology of multiple sclerosis. Curr Opin Neurol 1995; 8(3): 216–20.

Safren SA, Gonzales JS, Soroudi N. Coping with chronic illness. Oxford Univerity Press, 2008.

3	8					9	6	
		2		6				
	6			1		3	2	5
4		8		9			5	
		5		3	1	2	8	
2		1	8	4				
8			2	5	4			9
7		9	1			5	3	
5	2	6				4		



— — —

JA

MAMINA SESTRA

N

JAZ, — — , ON, ONA.



**SODELOVANJE
MEDICINSKE
SESTRE PRI
PREPOZNAVANJU
IN OBRAVNAVI
BOLNIKA S
KOGNITIVNIMI
MOTNJAMI**

Melita Kokol,
dipl. m. s., Oddelek za nevrološke bolezni
UKC Maribor

Seznanitev z novo diagnozo bolezni multiple skleroze (MS) je za bolnika zelo stresen in nepričakovan dogodek, ki sproži številne občutke nemoči, žalosti in strahu pred potekom in nadaljevanjem bolezni. Bolniki pogosto postanejo potrti in zaskrbljeni, pri delu se pogosto utrudijo, umikajo se socialnim stikom in drugim dejavnostim. To lahko dolgoročno znižuje tudi njihovo kakovost življenja. Medicinska sestra je ob bolniku že v času postavitve diagnoze. Bolnika spodbuja, informira in motivira. Pomembno je, da medicinska sestra in bolnik vzpostavita medsebojno zaupanje in sočutje.

V tem procesu lahko medicinska sestra zelo kmalu prepozna kognitivne motnje, saj ob dejstvu, kronične, neozdravljive bolezni bolniki šele začenjajo spoznavati kaj jih povezuje in omejuje. Znano je že, da se kognitivne motnje lahko pojavijo kadarkoli v poteku MS, niso pa zmeraj spremljevalke vseh bolnikov z MS. Prav tako ni znane povezave s stopnjo telesne invalidnosti. Najpogostejše kognitivne težave, ki jih izpostavljajo bolniki z multiplo sklerozo so težave s spominom, iskanjem besed, zbranostjo in sledenjem vsebini pogovora.

Da se lahko kognitivne motnje dobro prepoznajo, je potrebna ustrezna informiranost bolnikov, njihovih svojcev, prijateljev in sodelavcev. V centrih za MS se celoten tim od zdravnika, medicinske sestre, fizioterapevta in psihologa trudi za dobro celotno obravnavo. Pomemben je prenos informacij med vsemi člani tima, zaradi kontinuirane zdravstvene obravnave je prav tako nujno vključevanje bolnika in njegovih svojcev.

Medicinska sestra za MS se z bolnikom srečuje skozi celotno zdravstveno obravnavo od postavitve diagnoze, je ob njem pri odločitvah za izbiri za zdravljenje, uvedbi novega zdravila, v obdobjih poslabšanja bolezni in ga spremlja pri napredovanju bolezni. Pomembno je, da bolnika in njegovo okolico dobro pozna.

Z individualnim pristopom, veliko mero strokovnosti in prijaznosti lahko medicinska sestra bolnika usmerja, vodi in mu svetuje. Normalno je, da si bolnik zaradi seznanitve s številnimi novimi dejstvi ne zapomni vseh ustnih navodil medicinske sestre povezanih bodisi z zdravljenjem, s pravilnim postopkom pri aplikaciji terapije, navodili o spremljanju laboratorijskih preiskav ali navodila o datumu kontrolnega pregleda oziroma posamezne preiskave. Težave lahko nastanejo tudi, **kadar medicinska sestra predaja informacije po telefonu. Takrat ima bolnik v svojem okolju običajno še druge moteče dejavnike (npr. hrup, gneča).** Te težave v razumevanju lahko kažejo tudi na motnje v kogniciji. **Pogosto lahko medicinska sestra prav v teh individualnih pogovorih prepozna prve znake upada kognitivnih sposobnosti.** Izkušnje kažejo, da je z direktnim pisnim kontaktom z MS sestro (npr. z uporabo SOS MS telefona) prenos informacij boljši. Bolnik lahko željeno vprašanje ali informacijo napiše v obliki SMS sporočila ali informacijo posreduje na elektronski naslov. Povratno informacijo od medicinske sestre pa prav tako prejme v pisni obliki, kar pripomore k boljši komunikaciji in realizaciji dogovorov.

Ob obisku v MS centrih je zato izrednega pomena pravilen, umirjen in razumljiv prenos informacij bolniku. Pogosto lahko medicinska sestra bolniku ponudi tudi pisne informacije o bolezni, zdravljenju, ter načinih spoprijemanja s posameznimi simptomi bolezni. Bolnik ima tako čas v domačem okolju v miru predelati literaturo, si zapisati vprašanja in dileme ter se na naslednjem obisku o odprtih vprašanjih pogovoriti z medicinsko sestro ali zdravnikom.

Ob prepoznavi kognitivnih motenj medicinska sestra opozori zdravnika, se z bolnikom pogovori, ter ga po potrebi napoti k psihologu, ki bolnika po psihološki oceni tudi usmeri in mu svetuje, kako lahko na posamezne komponente miselnih funkcij vpliva in jih obvladuje.

Z dobro multidisciplinarno obravnavo vsi člani MS tima pripomoremo k kvalitetnejšemu življenju posameznika in njegovih svojcev. Z dobrimi in zgodnjimi postopki prepoznavanja kognitivnih motenj lahko pomagamo pacientu za lažje obvladovanje in soočanje s posameznimi motenimi funkcijami, saj ima njihovo pravočasno obvladovanje pomembno vlogo v procesu obvladovanja bolezni.



**moja
MS**

www.mojaMS.si





Novartis Pharma Services Inc., Podružnica v Sloveniji,
Verovškova ulica 57, 1000 Ljubljana

Datum priprave materiala: januar 2021 SI-2020-MED-MS-116