Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.,
Praha 5

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE KOZLOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., Praha 5

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

Bakalářská práce

LUCIE KOZLOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Kozlová Lucie
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 10. 4. 2012 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelská péče u pacienta s Parkinsonovou nemocí

Nursing Care of Patients with Parkinson's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Současně dávám souhlas k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28. 03. 2013

.....

Lucie Kozlová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří mi poskytli potřebné a cenné informace k dané problematice.

Zvláště bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Jahodové za její rady a upozornění.

Dále poděkování také patří MUDr. Markétě Kolářové, která mi pomohla při výběru pacienta.

A v neposlední řadě patří mé díky také Společnosti Parkinson a PhDr. Michaele Kramerové, která mi umožnila sbírat informace a poznat Parkinsonovu nemoc i z jiné stránky.

V Praze dne 28. 03. 2013

ABSTRAKT

KOZLOVÁ, Lucie. *Ošetřovatelská péče u pacienta s Parkinsonovou nemocí.* Vysoká škola Zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 201 2. 48 s.

Hlavním tématem této bakalářské práce je ošetřovatelská péče u pacienta s Parkinsonovou nemocí. Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část je zaměřena na etiologii onemocnění, na průběh onemocnění, symptomy a komplikace Parkinsonovy nemoci. Je zde charakterizována Parkinsonova nemoc od historie po současné vyšetřovací metody.

Praktická část je věnována ošetřovatelskému procesu dle Virginie Hendersonové u pacienta, který byl na oddělení přijat kvůli Parkinsonově nemoci.

Práce má za cíl posoudit zdravotní stav pacienta, fyzický i psychický a podle něj přizpůsobit poskytovanou ošetřovatelskou péči a vytvořit individuální ošetřovatelský proces. Na zrealizování ošetřovatelského plánu se nepodílí jen pacient sám, ale také všeobecné sestry, ošetřovatelský personál a v neposlední řadě lékaři.

Pro praktickou část byla použita kniha Kapesní průvodce zdravotní sestry 2001 – NANDA taxonomie I.

Klíčová slova:

Ošetřovatelský proces. Pacient. Parkinsonova nemoc. Virginie Hendersonová.

ABSTRACT

KOZLOVÁ, Lucie. *Nursing Care of Patients with Parkinson's Disease*
Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague . 2012. 48 p..

The main topic of my bachelor thesis is nursing care of patients with Parkinson's disease. This thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the etiology of disease, duration, symptoms, and complications. Here is a description about Parkinson's disease from history to current investigative methods.

The practical part is devoted to the nursing process for patients with Parkinson's disease according to Virginia Henderson. The thesis also aims to evaluate the health status of patients and the nursing care was adjusted according to them and following the nursing process. Not only the patient involved in implementing nursing plan but also general nurses, nursing staff and finally the doctors.

Pocket Guide for Nurses 2001 has been used in the practical part – NANDA taxonomy.

Keywords:
Nursing Process. Parkinson's Disease. Patient. Virginia Henderson.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD 15

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE BAZÁLNÍCH GANGLIÍ 16

1.1 Telencephalon – koncový mozek 16

1.2 Bazální ganglia 16

2 HISTORIE PARKINSONOVY NEMOCI 18

3 EPIDEMIOLOGIE 19

3.1 Rozdílnost ve věku počátku a v průběhu nemoci 19

4 PATOFYZIOLOGIE 21

5 DIAGNOSTIKA 22

5.1 Prvotní příznaky, včasná diagnostika a léčba 22
5.1.1 Raná fáze 22
5.1.2 Výhoda včasné diagnostiky 23

5.2 Zobrazovací metody 24

5.3 Testy motorické výkonnosti 24

6 KLINICKÝ OBRAZ A KOMPLIKACE 25

6.1 Motorické symptomy 25
6.1.1 Třes 25
6.1.2 Svalová ztuhlost 25
6.1.3 Hypokineze a bradykineze 26
6.1.4 Hypomimie 26

6.2 Symptomy pozdního stadia ... 26
6.2.1 Poruchy stoje a chůze ... 26
6.2.2 Vegetativní poruchy ... 27
6.2.3 Obtíže psychické ... 27
6.2.4 Kolísání hybného stavu ... 28
6.2.4.1 ON stav ... 28
6.2.4.2 OFF stav ... 28
6.2.5 Mimovolní pohyby ... 28

6.3 Ostatní symptomy a komplikace ... 29
6.3.1 Poruchy spánku ... 29
6.3.2 Mikrografie ... 29

7 LÉČBA, TERAPIE, REHABILITACE ... 30

7.1 Farmakologická léčba ... 30
7.1.1 Dopaminergní léky ... 30
7.1.2 Anticholinergní léky ... 30

7.2 Fyzikální terapie ... 31
7.2.1 Terapeutický ultrazvuk ... 31
7.2.2 Vodoléčba ... 31
7.2.3 Rehabilitace ... 31

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES ... 32

8.1 Definice ošetřovatelského procesu ... 32

8.2 Virginia Hendersonová ve zkratce ... 32

9. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI ... 33

9.1 Anamnestické údaje ... 33

9.2 Fyzikální vyšetření (status praesens) ... 35

10 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE V. HENDERSONOVÉ ... 37

11 ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY 44

11.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy 44
11.1.1 Polykání porušené 44
11.1.2 Deficit sebepéče v oblasti hygieny 46
11.1.3 Komunikace verbální, porušená 48
11.1.4 Bezmocnost 50

11.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy 52
11.2.1 Trauma, riziko vzniku 52
11.2.2 Infekce, riziko vzniku 54

12 SHRNUTÍ 57

12.1 Hodnocení ošetřovatelské péče 57

12.2 Doporučení pro praxi 57

ZÁVĚR 59

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 62

SEZNAM PŘÍLOH10

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT…….. alaninaminotransferáza, laboratorní vyšetření jater

APTT …… activated parcial tromboplastine time – aktinovaný parciální tromboplastinový čas

AST…… aspartátaminotransferáza, laboratorní vyšetření jater

BILIT…….bilirubin

BMI……body mass index

CT……..počítačová tomografie

dx..…….. pravý

FR……francouzské označení obvodu permanentního močového katétru

GIT…… gastrointestinální trakt (trávicí trakt)

HK……..horní končetina

Hb……...hemoglobin

INR…….jednotka pro měření koagulace, výsledek Quickova testu

L-DOPA……levodopa

LEU……..leukocyty

MRI……..magnetická rezonance

ncl…….nucleus = jádro

PET…… positron emission tomography – pozitronová emisní tomografie

PHK……..pravá horní končetina

PMK…….permanentní močový katétr

PN……. Parkinsonova nemoc

RTG S+P……..rentgen srdce + plíce

sin…….levý

SPECT…… single–proton emision computed tomography, jednofotonová emisní počítačová tomografie

TBC…….tuberkuloza

TF…….tepová frekvence

TK…….tlak krevní

TROMB……trombocyty

TT……..tělesná teplota

USG……ultrasonografie

UREA……močovina

µmol/l……mikromol na litr

µkat/l…….mikrokatal na litr

mmol/l……milimol na litr

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání, nadužívání

Antiagregancia – léky snižující krevní srážlivost tím, že blokují shlukování krevních destiček

Antiarytmikum – lék proti poruchám srdečního rytmu

Anticholinergika – látky blokující účinek acetylcholinu

Antidepresivum – lék užívané k léčbě deprese

Antiparkinsonikum – lék užívané v léčbě parkinsonismu

Appendektomie – chirurgické vynětí slepého střeva

AV- blokáda – atrioventrikulární blokáda, porucha srdečního rytmu

Bradykineze – zpomalení pohybů

Bradylálile – zpomalení tempa řeči

Dispenzarizace – pravidelný lékařský dohled nad pacientem

Dysartrie – porucha řeči, při níž je porušena výslovnost z nervových příčin

Dyskineze – porucha souhry normálních pohybů

Dystonie – porucha tonu

Elektrokardiografie – základní vyšetřovací metoda v kardiologii

Elektrokoagulace – metoda využívající elektrického proudu ke koagulaci

Erysipelas faciei – růže, zánětlivé infekční onemocnění kůže a podkoží způsobené streptokoky

Eupnoe – normální dýchání

Fremitus pectoralis – hrudní chvění

Gonartróza – artróza kolenních kloubů

Hemokoagulace – krevní srážení

Hypokineze – zpomalení pohybů

Hypomimie – snížená mimika

Hypertrofie – zvětšení, zbytnění orgánu

Cholecystolitiáza – přítomnost žlučových kaménků ve žlučníku

Kompenzovaný – vyrovnaný

Léze – poškození

Mikrografie – psaní malých písmen

Neuropatie – onemocnění nervů

Neuroleptika – léčiva, jejichž hlavním účinkem je mohutné zklidnění, terapie psychózy

Parasympatolytika – léčiva působící jako podráždění parasympatiku

Progredující – postupující

Rigidita – ztuhlost

Suicidum – sebevražda

Symptom – příznak

Syndrom – seskupení příznaků

Tremor – třes

Vazodilatancium – lék rozšiřující cévy

Venofarmakum – lék ovlivňující cévní stěnu

ÚVOD

Parkinsonova nemoc. O této nemoci se mluví po celém světě a přesto jsou věci, které se ohledně této nemoci moc neprobírají. Patří k nim všechna úskalí, která pacient s touto nemocí musí denně překonávat. Týkají se výživy, oblékání, komunikace, vlastního psychického stavu a fyzických překonávání se. Tato nemoc představuje velkou zátěž pro pacienta, ale také pro jeho příbuzné a nejbližší.

Podle odhadů je dnes na světě kolem 6,4 milionů pacientů s Parkinsonovou nemocí. V České Republice jí trpí přes 20 tisíc pacientů. Od roku 2004 počet pacientů rapidně stoupl. Parkinsonova nemoc se zatím řadí mezi nemoci nevyléčitelné, ale již od roku 1960 existují účinné léky, které její příznaky dokážou zmírnit či na určitou dobu zcela potlačit. Na léčbu reaguje až 75% pacientů příznivě.

Parkinsonova nemoc je nemocí, která v průběhu svého působení dokáže zcela změnit jak fyzickou, tak psychickou podobu pacienta. Proto je nutné se při ošetřování pacientů s touto nemocí zaměřovat nejen na fyzickou stránku (rehabilitační techniky, ergoterapie), ale také na stránku psychickou a pacienty co nejvíce podporovat ve všech činnostech, které jsou schopni zvládnout.

Pro bakalářskou práci jsme vybrali pacienta s touto nemocí a vytvořili u něj ošetřovatelský proces dle Virginie Hendersonové, celkovou ošetřovatelskou péči.

Cílem této práce je navrhnout a pečlivě realizovat individuální ošetřovatelský plán péče o pacienta s tímto onemocněním.

V naší práci se věnujeme jak fyzické, tak i psychické stránce pacienta s Parkinsonovou nemocí.

„Hlavně, že jsme zdraví, nějaký Parkinson nás nemůže rozházet!“

Čestmír

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE BAZÁLNÍCH GANGLIÍ

1.1 Telencephalon – koncový mozek

„Nejvýše v organizační hierarchii mozku stojí koncový mozek. Telencephalon je tvořen pravou a levou hemisférou, které jsou od sebe odděleny rýhou.

Navzájem jsou obě hemisféry propojeny mohutným svazkem vláken, spojujícím stejná místa na hemisféře, corpus callosum. Na každé hemisféře lze rozeznat mozkovou kůru, pod ní bílou hmotu a uvnitř uložená bazální ganglia“ (NAŇKA, 2009, str. 290).

1.2 Bazální ganglia

Bazální ganglia jsou skupiny neuronů uložené pod kůrou mozkovou. Hrají velkou roli při vytváření pohybové aktivity, zejména na začátku pohybu. Připisují se jim ale i další funkce viz Okruhy bazálních ganglií (NOVOTNÝ, 2010).

Do bazálních ganglií patří:

„a) corpus striatum = ncl. caudatus + putamen,

b) ncl. lentiformis = globus pallidus (pallidum) + putamen,

c) claustrum,

d) ncl. amygdalae (funkčně se však řadí do limbického systému),

e) substantia nigra“ (NAŇKA, 2009, s. 290).

Okruhy bazálních ganglií

a) Motorický - léze v tomto okruhu vyvolávají hyperkinetický (dystonie) nebo hypokinetický syndrom (hypokineze, akineze, často kombinovaná s rigiditou, tremorem a posturální nestabilitou).

b) Okulomotorický – léze v tomto okruhu vedou k poruchám volní fixace očních bulbů a k nestabilitě pohledu.

c) Limbický – léze limbického okruhu vyvolávají výrazný pokles iniciativy, ztrátu motivace a výrazné snížení spontánní aktivity, která se může týkat i řeči.

d) Kognitivní – léze v tomto okruhu se manifestují poruchami pozornosti a poruchami exekutivních funkcí (poruchy adaptace na novou situaci, řešení složitých problémů).

e) Osobnostní – léze v této oblasti vedou k výrazným změnám osobnosti (MYSLIVEČEK, 2004).

„Největší význam pro pochopení léze extrapyramidové dráhy a tedy i pro vývoj Parkinsonovy choroby, má tegmentum“ (BERGER, 2000, s. 15).

Substantia nigra

Substantia nigra (černá substance), leží ve středním mozku. Jde o soubor těl neuronů, která jsou temně zbarvena pigmentem neuromelaninem (z chemického hlediska jde o derivát dopaminu) (OREL, 2009).

2 HISTORIE PARKINSONOVY NEMOCI

První popis nemoci projevující se pohybovou chudostí a zpomaleností společně se svalovou ztuhlostí a třesem končetin byl učiněn Jamesem Parkinsonem. Tento londýnský lékař v roce 1817 publikoval útlou knihu, kterou nazval An Essay on the Shaking Palsy (O třaslavé obrně). V ní popsal celkem 6 nemocných s příznaky, s jejichž vzájemnou a propojenou kombinací se do té doby nesetkal. První léčebné pokusy ovlivnit příznaky Parkinsonovy nemoci (dále jen PN) pomocí přípravků rostlinného původu se datují již v 19. století, bohužel tato léčiva neměla příliš valný efekt. Prvními uměle vyrobenými léky na PN byla tzv. anticholinergika. V roce 1946 byl vyroben první takovýto preparát (ROTH et al., 2005).

„Průlom do poznání a do léčby PN byl učiněn v roce 1958, kdy slavný farmakolog a biochemik Carlsson (později nositel Nobelovy ceny) objevil, že v oblasti mozku, zvané bazální ganglia, se vyskytuje ve velkém množství látka dopamin. Na podkladě jeho prací se podařilo v roce 1960 Ehringerovi a Hornykiewiczovi ve Vídni prokázat, že Parkinsonova nemoc je způsobena nedostatečným množstvím dopaminu v určité oblasti mozku, v tzv. černém jádře (substantia nigra)“ (ROTH, 2005, s. 14).

Birkmayer ve Vídni a Barbeau v Montrealu se úspěšně pokusili v roce 1961 o léčbu použitím levodopy, která je základním výrobním kamenem pro tvorbu dopaminu v mozku. Další objev velkého významu byl zveřejněn Langstonem v roce 1983, na podkladě jeho několikaletého výzkumu. Šlo o do té doby nijak zvlášť zkoumanou látku metylfenyltetrahydropyridin, nazývanou ve zkratce MPTP. V roce 1979 se totiž heroinem s příměsí MPTP (MPTP se dostal do heroinu jeho nedokonalou výrobou) otrávila skupina několika mladých lidí v USA, u nichž se velice rychle vyvinuly příznaky klinicky neodlišitelné od Parkinsonovy nemoci. Objev účinku MPTP se stal důležitým mezníkem v historii Parkinsonovy nemoci (ROTH, 2005).

3 EPIDEMIOLOGIE

Výskyt PN se po celém světě pohybuje tak, že skoro každý tisící člověk trpí touto nemocí. Případů PN v poslední 50. letech pomalu přibývá. Pokud se zaměříme na pohlaví, rozdíl ve výskytu mezi muži a ženami je mizivý, ale přesto se zde jeví lehká převaha výskytu u mužského pohlaví. Dále se nabízejí také úvahy o tom, že větší výskyt PN je spíše u nekuřáků, než kuřáků. Tento jev však ještě není potvrzen.
Některé studie prokazují, že u Afričanů a Asiatů, kteří žijí v Číně, je výskyt PN poněkud nižší, než u Indoevropanů žijících v Severní Americe a Evropě (RŮŽIČKA, 2000).

U obyvatel tichomořských ostrovů, kteří pravidelně konzumují cykasové plody, které byly objeveny jako zdroj specifického neurotoxinu, jich poměrně velké množství trpí onemocněním, které je svými příznaky velice blízké PN (REKTOR, 2003).

Dále nebyla zpozorována žádná závislost vzniku PN na rozdílnostech životního stylu, sociálního standardu, vzdělávání, stravy, zaměstnání, kontaktu se zvířaty, očkování, přijmu alkoholu a společenské vrstvy (RŮŽIČKA, 2005).

Co se týče rodinné dědičnosti, výzkum prokázal, že vzestup rodinné dědičnosti PN stoupl během minulého století z 10% na 20%. PN se může dědit autozomálně recesivním způsobem. Pokud se tedy v rodině objevuje PN, je nutné věnovat pozornost nejen pacientovi, ale také celé rodině (DUVOISIN, 2003).

3.1 Rozdílnost ve věku počátku a v průběhu nemoci

Obvykle se průměrný věk počátku nemoci udává mezi 58 až 62 roky. V těchto letech života trpí PN největší procento pacientů. Dále je také patrná zvyšující se četnost výskytu PN do 75 let věku. Před 40. rokem věku onemocní kolem 10 % pacientů. Tento druh PN se nazývá Young Onset Typ. Tito nemocní většinou dobře reagují na léčbu. Pacienti s takto časným začátkem nemoci podstatně méně trpí na poruchy vegetativního nervstva. Jen velmi vzácně se PN objevuje u malých dětí či dospívajících (ROTH, 2005).

Po 75. roce věku onemocní přibližně také kolem 10 % pacientů. Tomuto druhu říkáme Late Onset Typ. U nemocných s pozdním začátkem nemoc rychle progreduje a poměrně brzy se začíná snižovat účinek léků (RŮŽIČKA, 2000).

4 PATOFYZIOLOGIE

„Jedná se o degenerativní progresivní onemocnění, jehož příčinou je postupný zánik buněk produkující dopamin v substantia nigra (jejich počet musí klesnout pod 20%, aby se onemocnění klinicky projevilo)“ (SEIDL, 2008, str. 123).

Ještě stále jde o nemoc nevyléčitelnou, ale existují však farmaka, která jsou schopna některé příznaky zmírnit, či na nějakou dobu zcela potlačit.
Co se délky života týče, tato nemoc jí neovlivňuje. Tato nemoc je způsobená předčasným odumíráním mozkových buněk, které vytvářejí neurotransmiter dopamin. Tento neurotransmiter je látka, která je důležitá pro přenos nervového vzruchu mezi nervovými buňkami a neurony (DOSTÁL, 2010).

Dopamin se vytváří v bazálních gangliích. Nedostatek dopaminu je tedy nejhlavnějším rysem PN. Dopamin v mozku začne ubývat dříve, než se nemoc začne projevovat. Udává se, že to může být až kolem 5 let před prvními příznaky. V průběhu ubývání dopaminu začnou postupně ubývat i jiné látky jako například adrenalin, noradrenalin a serotonin. Nedostatek těchto látek se projevuje až v pozdějším stádiu nemoci. Do dnešní doby stále není jasné, co vězí za tím, že buňky které vytvářejí dopamin, začnou pomalu ubývat (DOSTÁL, 2010).

5 DIAGNOSTIKA

První obtíže pacientů trpících PN jsou zpravidla necharakteristické. Jedná se především o bolesti ramen a zad, pocity tíživých končetin, pocity ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpu, tichost a monotónnost hlasu, zhoršení písma, deprese, snížení sexuální výkonnosti aj. Tyto příznaky doprovázejí mnohá onemocnění a nejsou tedy specifické. Teprve o řadu měsíců až let se objevují čtyři typické a základní příznaky nemoci, tj. třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze) a poruchy stoje a chůze. Mimo tyto základní příznaky se často objevují ještě následující obtíže: poruchy vegetativního nervstva a problémy psychické. Tyto příznaky se však nemusí vyskytovat u všech pacientů. Určitá část pacientů, u kterých se objeví tyto příznaky, nemusí trpět PN, ale tzv. druhotnými parkinsonskými syndromy. Proto je nutné sledovat zdravotní stav pacientů po delší dobu (ROTH, 2005).

„Nejčastějším omylem v diagnóze PN je považovat každý druh třesu za třes „parkinsonský“. Třes má mnoho různých příčin a PN nepatří mezi nejčastější “ (ROTH, 2005, s. 6).

5.1 Prvotní příznaky, včasná diagnostika a léčba

PN se projevuje u každého nemocného jinak, s jinými symptomy a jiným průběhem.

5.1.1 Raná fáze

V raných fázích se PN se symptomy liší od pacienta k pacientovi, jsou individuální. Zpomalení pohybu jedné ruky je často jedním z prvních příznaků. Dalším častým příznakem je také zmenšení souhybu paže při chůzi. Tyto příznaky bývají doprovázeny bolestí v rameni či v ramením kloubu. Většina lidí pociťuje třes, který je nejdříve slabý a nejnápadnějším během odpočinku, klidový třes.

Zpravidla začíná na prstech jedné ruky, mohou jim být ale postiženy i celé horní či dolní končetiny. Ale u 15 % pacientů se třes během nemoci nikdy neobjeví (ŽIVOT S PARKINSONOVOU NEMOCÍ, 2011).

Příznaky se tedy často zpočátku objevují pouze na jedné straně těla (obvykle je to strana pravá). Příznaky jsou také mnohem výraznější při běžných činnostech jako je psaní. Ti, u nichž příznaky PN ovlivňují jejich dominantní stranu a ti, kteří trpí třesem, navštíví obvykle lékaře mnohem dříve a jsou na tom lépe díky včasné diagnóze a zahájené léčbě než ti, u kterých se příznaky objeví na nedominantní straně. Dále může nastat problém s rovnováhou. Pozorujeme nejistou chůzi, potíže s vykonáváním rychlého pohybu či potíže při otáčení. PN je obvykle diagnostikována neurologem, který vyhodnotí příznaky a jejich závažnost. Neexistuje však žádný specifický test pro jednoznačné určení nemoci. PN je diagnostikována až v případě, kdy jsou vyloučeny ostatní nemoci s podobnými příznaky nebo v případě, že osoba reaguje příznivě na specifickou léčbu. U této nemoci je velmi těžké určit, kdy se objevily první příznaky (ŽIVOT S PARKINSONOVOU NEMOCÍ, 2011).

5.1.2 Výhoda včasné diagnostiky

„Je velmi důležité zvýšit povědomí lidí o prvotních příznacích nemoci a nutnosti včasné léčby. Včasná léčba do značné míry závisí na včasné diagnóze, a proto je důležité znát prvotní příznaky PN a vyhledat lékařskou pomoc co nejdříve“ (ŽIVOT S PARKINSONOVOU NEMOCÍ, 2011, s. 54).

Jako vyšetřovací metody můžeme použít metody od zpracování anamnézy přes neurologická vyšetření, CT, MRI až po interní vyšetření, včetně EKG (SLEZÁKOVÁ, 2007).

5.2 Zobrazovací metody

U PN se nejčastěji využívá nukleární magnetická rezonance (MRI), dále pozitronová emisní tomografie (PET) a také jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT).

5.3 Testy motorické výkonnosti

Motorické testy slouží k přesnějšímu vyšetření bradykineze a pohybových schopností pacienta. Tyto testy se užívají v praxi k zjištění účinnosti léčby a také k výzkumným studiím. Hodnotíme zde splnění daného úkolu za určitý čas, někdy je čas i předem stanovený. Vyšetřujeme změny směru pohybu, pohybové zpomalení, poruchy startu a postižení jemné motoriky (RŮŽIČKA, 2000).

Jeden z testů je zkouška stoj- chůze- sed, kdy má pacient vstát ze židle, ujít určitou vzdálenost, otočit se a vrátit se na židli. Jiný test zjišťuje pronaci a supinaci horních končetin. Zkouška obratnosti prstů se provádí tak, že nemocný ťuká palcem o všechny ostatní prsty (RŮŽIČKA, 2000).

6 KLINICKÝ OBRAZ A KOMPLIKACE

Klinický obraz u PN je velice pestrý a obsáhlý. Symptomy by se daly rozřadit do několika skupin jako jsou motorické, nemotorické, neuropsychiatrické, spánkové, mimovolní, poruchy GIT, stavy ON/ OFF a další. Každý příznak PN se zároveň stává i komplikací. Onemocnění probíhá v několika fázích. První obtíže jsou zpravidla necharakteristické (viz kapitola 5). Do hlavních symptomů se řadí třes, svalová ztuhlost, bradykineze. Do druhotných symptomů řadíme neuropsychiatrické obtíže (úzkost, demenci, deprese a spánkové obtíže). Dále se do příznaků řadí rozmazané vidění, potíže s polykáním, čichové dysfunkce, pocení, sexuální dysfunkce, problémy s močení, problémy s vyprazdňováním, křeče a v neposlední řade syndrom neklidných nohou (WATERS, 2008).

6.1 Motorické symptomy

6.1.1 Třes

Většinou bývá klidový. Začíná na prstech ruky nebo na koncové části dolních končetin. Může postihovat i bradu, ale ne celou hlavu. Při provádění pohybů mizí. U některých pacientů se však může objevit i třes tzv. akční, například při jídle, pití a psaní (DOSTÁL, 2010).

6.1.2 Svalová ztuhlost

Rigidita neboli zvýšené svalové napětí vztahující se na končetiny, ale i trupové svalstvo. Ztuhlý sval při protahování a činnost klade odpor. Pacienti mohou pociťovat také zhoršení chůze a mají pocit, jako kdyby šli ve vodě apod. Někdy se kvůli svalové ztuhlosti mohou objevovat i kloubní bolesti (CHVÍSTKOVÁ, 2010).

6.1.3 Hypokineze a bradykineze

Jsou to charakteristické příznaky, které představují hlavní pohybové omezení. Pohyby jsou pomalé, malého rozsahu, je zde viditelné zkrácení kroku, vedou ke zpomalování chůze, horšímu rozcházení a celkové zpomalenosti. Jakoby pacient účinkoval ve „zpomaleném filmu“ (CHVÍSTKOVÁ, 2010).

6.1.4 Hypomimie

Neboli maskovitý obličej. Dochází k němu kvůli omezení hybnosti svalů. Pacient má strnulý výraz ve tváři. V obličeji se neodrážejí žádné emoce. Stejně tak se zhoršuje výslovnost, řeš je tišší, zpomalená (BERGER, 2000).

Asi za 5 a více let onemocnění postupně přechází do komplikované fáze. V této fázi nemoci se zhoršují původně velmi dobře potlačené symptomy nemoci a i léčba začíná účinkovat hůře. Začínají se objevovat příznaky nové, které vznikají tím, že kromě dopaminu se z mozku ztrácí i jiné látky (noradrenalin, serotonin) (DOSTÁL, 2010).

6.2 Symptomy pozdního stadia

6.2.1 Poruchy stoje a chůze

V tomto stádiu se především mění postavení těla. Dochází k ohýbání těla dopředu a někdy i ke straně. Ohnutí těla po letech nemoci může být tak extrémní, že pacient prakticky stále chodí v předklonu. Viditelně se zkracuje krok, pacient se šourá a když se chce otočit, trvá to většinou delší dobu (CHVÍSTKOVÁ, 2010).

„Zvláštním problémem chůze je tzv. freezing, tj. náhlé zamrznutí – kdy při chůzi náhle „přimrznou“ dolní končetiny k podlaze a pacient se nemůže hnout z místa a hrozí tak riziko pádu. Celkově se chůze stává nestabilní, často pociťuje nemocný tahy ke stranám, tzv. pulse“ (DOSTÁL, 2010, s.8).

Nebo začne náhle přešlapovat na místě a táhne ho to dopředu a poté často padá. Pády jsou velkou komplikací, protože mohou přicházet velmi náhle a mohou tak vést k závažným komplikacím jako jsou zlomeniny, odřeniny a zranění (DOSTÁL, 2010).

6.2.2 Vegetativní poruchy

Zvýšený mazotok kožních žláz, kůže je mastnější, hlavně na obličeji. Pacienti se více potí. Velice nepříjemné je hromadění slin v ústech a výtok slin. Na rozdíl od zdravého člověka má pacient s PN potíže s polykáním, polyká méně či pomaleji a sliny se mu v ústech hromadí. I polykání potravy může být v pozdních stádiích postiženo, pacient špatně polyká zejména tuhou stravu a proto je lepší pacientovi podávat polotuhou stravu, namísto tuhé či úplně tekuté. Může se vyskytovat i žaludeční nevolnost, která je vždy následkem špatného snášení léků obsahujících dopamin.
Dalším velmi nepříjemným příznakem a zároveň komplikací je zácpa. Žaludek se totiž nepravidelně a pomalu stahuje a pomalu posouvá potravu do střev (DOSTÁL, 2010).

6.2.3 Obtíže psychické

Řadí se sem především úzkosti a deprese. Ty se mohou vyskytovat již v úvodní fázi PN. V pozdních stádiích je pak deprese velmi častým jevem.

Je nutno také napsat, že v pokročilé fázi PN mívá až 40% pacientů potíže s pamětí. Od stavu, kdy si pacient nepamatuje jména či datum, nemá dobrou orientaci v prostoru až po těžkou poruchu paměti vedoucí k demenci a nesoběstačnosti (DOSTÁL, 2010).

Dále je nutno podotknout, že během léčby levodopou či jinými dopaminergními léky mohou vznikat psychózy. Problémy se spánkem, živé sny či noční můry se řadí mezi prvotní příznaky. Pacienti si nejčastěji stěžují na zrakové halucinace, o něco méně na halucinace sluchové (RONKEN, 2002).

6.2.4 Kolísání hybného stavu

Objevuje se asi po 5 letech průběhu choroby. V tomto období se mění pohyblivost pacienta během jednoho dne či během několika hodin.

Rozlišují se dva hybné stavy – ON („zapnuto“) a OFF („vypnuto“).

6.2.4.1 ON stav

V tomto stavu léky fungují dobře. Hybný stav je dobrý, není přítomen třes, ztuhlost či pomalost nebo se projevují jen nepatrně a pacienta neobtěžují, nepociťuje je. V tomto stavu je pacient schopný vykonávat své každodenní záležitosti od nasnídání se, obléknutí, až po hygienu (DOSTÁL, 2010).

6.2.4.2 OFF stav

V tomto stavu se příznaky značně zhoršují. Pacient má třes, je pomalý, ztuhlý a dělá krátké kroky. OFF stav se často projevuje ráno po probuzení (tzv. ranní akineze), protože během noci a spánku pacient neužívá žádné léky. V noci při probuzení je pacient také často v OFF stavu (noční akineze) (DOSTÁL, 2010).

6.2.5 Mimovolní pohyby

„Dyskineze. Většinou se vyskytují v ON stavu a jsou známkou toho, že účinnost dopaminu, resp. léků jej nahrazujících, je velmi vysoká a někdy vyšší, než je nutné a pro organismus obvyklé“ (DOSTÁL, 2010, s.12).

Objevují se proto mimovolní pohyby, které pacient není schopen vůlí kontrolovat. Nejprve jsou nenápadné, začínají na koncových částech končetin (kroucení a poklepávání nohou, kroucení mimických svalů kolem úst, neklid ruky).

Naopak v OFF stavu se objevují tzv. dystonie- zvyšuje se svalové napětí jen určitého svalu nebo svalové skupiny. Nejčastější dystonie se vyskytují na dolních končetinách, například dochází ke zkroucení prstů a palce na dolní končetině nebo se celá noha pod kotníkem kroutí“ (DOSTÁL, 2010, s. 12).

6.3 Ostatní symptomy a komplikace

Nechutenství může být způsobeno poruchou čichu, který je u pacienta zhoršen právě díky nedostatku dopaminu. Další komplikací a symptomem je úbytek hmotnosti v důsledku sníženého příjmu potravy. Pacienti mají často únavu a slabost v pažích a tak často vzdávají to, že by se sami mohli najíst či napít.

6.3.1 Poruchy spánku

Pacienti s PN mívají velice často problémy usínáním, spánkem, častým buzením a brzkým vstáváním. Již v monografii Jamese Parkinsona jsou popisovány poruchy spánku jako významný rys. Nemocní často trpí insomnií nebo nadměrnou spavostí ve dne, eventuelně nočními můrami (BERGER, 2000).

6.3.2 Mikrografie

Písmo obvykle nebývá moc roztřesené, ale zmenšuje se. Je to typický jev u PN (ROTH, 2005). PŘÍLOHA C

7 LÉČBA, TERAPIE, REHABILITACE

Léčba a terapie u PN se může dělit do několika odvětví. Tato bakalářská práce nastíní léčbu farmakologickou, fyzikální terapii a ergoterapii.

V dnešní době je zkoumanou metodou genová terapie, která vychází z předpokladu o léčení nemoci přenosem dědičného materiálu do buněk pacienta. Z dalších metod je dále intenzivně zkoumaná náhrada poškozených neuronů transplantací tzv. kmenovými buňkami. K dobře ověřeným postupům patří hluboká mozková stimulace (ROTH, 2005).

7.1 Farmakologická léčba

Nejčastěji používanými skupinami jsou dopaminergní či anticholinergní léky.

7.1.1 Dopaminergní léky

Do této supiny léčiv patří například Levodopa (dále už jen L-DOPA), která se v těle a v mozku metabolizuje na aktivní neurotransmiter dopamin a doplňuje tak dopaminový deficit. Substituční léčba L-DOPOU patří v dnešní době mezi nejúčinnější postupy farmakologické léčby. Její podávání se zahajuje teprve až tehdy, kdy nemocnému začínají vadit symptomy onemocnění v osobním životě. Je to proto, že po několikaletém užívání L-DOPY se její příznivý efekt snižuje a objevují se nežádoucí projevy. Dopaminergní léky se nesmí nikdy náhle vysadit, protože může dojít k úplnému zatuhnutí a ztrátě pohyblivosti. Dalším významným lékem, který se řadí do této skupiny, je Selegilin. Prokázalo se, že zpomaluje progresi choroby a proto je velmi často prvním lékem, který je předepsán ihned po stanovení diagnózy (AMBLER, 2000).

7.1.2 Anticholinergní léky

Tato skupina léčiv je určena především pro časné fáze onemocnění a spíše u formy s převahou tremoru (AMBLER, 2000).

7.2 Fyzikální terapie

Dá se říci, že fyzikální terapie má blahodárné účinky jak na pacientovu psychickou stránku, tak na stránku fyzickou.

7.2.1 Terapeutický ultrazvuk

„Vlivem ultrazvuku dochází k mikromasážím a lokálnímu zvýšení teploty tkání. To má za následek řadu fyziologických účinků: zlepšení metabolismu, zvýšení propustnosti kapilár, pokles aktivity sympatiku, což způsobuje zlepšení prokrvení a svalové relaxace a následně zlepšení regeneračních schopností tkání“ (KYMPLOVÁ, PARKINSON, 2012).

7.2.2 Vodoléčba

Nejčastěji se používají vířivé koupele, podvodní masáže či perličkové koupele. Tato mikromasáž vede k lepšímu prokrvení a celkové relaxaci organismu a dochází k uvolnění svalového tonu. Do koupele můžeme také přidávat různé koupelové soli, oleje, či extrakty z bylin, které jsou pro pacienty s PN velkým přínosem ke zlepšení jejich psychického stavu, jelikož takováto koupel má příznivé psychorelaxační účinky (KYMPLOVÁ, PARKINSON, 2012).

7.2.3 Rehabilitace

Rehabilitace je významnou a nedílnou součástí zvládání PN. Pravidelná rehabilitace je stejně důležitá jako pravidelné podávání léků. Jejím cílem je, aby byl pacient schopný se co nejdéle „udržet na nohou“ a v různých činnostech si dopomoct sám. Rehabilitace se skládá ze cviků tvořených přímo pro PN, do kterých řadíme cviky pro celé tělo, cviky pro mimické svalstvo, cviky pro lepší dýchání a polykání. Dále do rehabilitace můžeme zařadit tzv. grafomotorické cvičení, které pacient využívá pro zlepšení psaného projevu. Toto cvičení je zaměřeno na jemnou i hrubou motoriku a provádí se současně na obou rukou.
PŘÍLOHA B.

PRAKTICKÁ ČÁST

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje o pacientovi získala pozorováním, rozhovorem, vyšetřením pomocí testů a nahlížením do lékařské a ošetřovatelské dokumentace a to během průběhu odborné praxe. Tyto údaje jsem zpracovala dle modelu Virginie Hendersonové a plán ošetřovatelské péče dle NANDA taxonomie I.

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

8.1 Definice ošetřovatelského procesu

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potenciální problémy péče o zdraví, stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost. Dále je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí. Jeho 5 kroků nejsou samostatné jednotky, ale překrývají se.

Každý jeho krok je potřeba neustále přizpůsobovat změněné situaci. Všechny kroky se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisí.

Individualizuje přístup ke každému pacientovi a zabezpečuje tak individuální ošetřovatelský plán. Je interpersonální, umožňuje tvořivý přístup sestry i pacienta.

*Zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opakovanému posouzení anebo revizi plánu ošetřovatelských intervencí“ (*SYSEL, 2011, s. 34-35).

Fáze ošetřovatelského procesu:

1) posouzení,
2) diagnostika,
3) plánování,
4) realizace,
5) zhodnocení .

8.2 Virginia Hendersonová ve zkratce

Virginia Avenel Hendersonová se narodila v roce 1897 a žila do roku 1996. Americká ošetřovatelka, která kladla důraz na vysokoškolské vzdělání. Je autorkou definice moderního ošetřovatelství. Zdůraznila spolupráci i aktivitu jedince v rozvoji

vlastní soběstačnosti a úlohu sestry, která má člověka vést, edukovat a pomáhat mu, aby byl schopen a ochoten se starat o své zdraví a udržel se nezávislým na svém okolí. To byl zásadní posun od pasivního ošetřovatelství k aktivnímu. Její model znamenal změnu ve vzdělávání sester, tj. samostatnou práci sester (KUTNOHORSKÁ, 2010).

9 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

Identifikační údaje

Muž, narozen 1949. Žije s manželkou ve dvoupatrovém rodinném domě, v důchodu.

Datum přijetí: 1. 8.2012
Typ přijetí: Hospitalizace
Oddělní: Interní oddělení

9.1 Anamnestické údaje

Osobní anamnéza

Parkinsonova choroba s rozvinutým parkinsonským syndromem, dispenzarizován na neurologii. Diagnostikováno od roku 1999.
Známky neuropatie, deprese.
Gonartróza II. stupně vpravo i vlevo, artróza nosných kloubů, Balcar calcanei (ostruhy patní) dle RTG r.2000, kompenzovaný farmakoterapií
AV blokáda I. st.
Hypertrofie prostaty
Stav po erysipelas faciei r.2007
Stav po APPE, operován v 15cti letech
Cholecystolithiasa
Korová cysta pravé ledviny, dle USG
Stav po operaci řezné rány v předloktí PHK, léze na a.ulnaris antebrachii dx.
Stav po přeříznutí šlachy flexoru V. prstu pravé ruky r. 2007
Stav po elektrokoagulaci nosních polypů r. 2010

Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Glyvenol	Drg.	400	1-0-0	Venofarmaka
Godasal	Tbl.	100	0-1-0	Antiagregancium
Pentomer	Tbl.	R 400	1-1-1	Vazodilatancium
Isicom	Tbl.	250	1/2-1/2-1/2	Antiparkinsonikum
Viregyt	Cps.		1-1-0	Antiparkinsonikum
Tiapridal	Tbl.	100	1-1-1	Neuroleptikum
Tamsulosin	Tbl.	0,4	0-0-1	Urologikum
Uroxal	Tbl.	5	0-1-1	Parasympatolytikum
Citalec	Tbl.	10	1-0-1	Antidepresivum
Xatral	Tbl.	2,5	2-0-2	Varia
Anavenol	Drg.		1-1-1	Venofarmakum
Vasocardin	Tbl.	50	1-0-0	Antiarytmikum

Rodinná anamnéza

Matka – zemřela ve 36 letech na TBC.

Otec – zemřel v 60 letech – suicidum.

Sourozenci – jedna sestra, anamnéza nevýznamná.

Děti – má tři syny, anamnéza nevýznamná.

Sociální anamnéza

Žije s manželkou ve dvoupatrovém rodinném domě. Vyučený zámečník, nyní pobírá starobní důchod. Dříve vlastnil firmu, kterou kvůli svému zdravotnímu stavu přenechal synům.

Alergologická anamnéza

Léky- neguje

Potraviny- neguje

Chemické látky- neguje

Jiné- neguje

Abusus- alkohol, káva, kouření, léky, jiné drogy – neguje.

Nynější onemocnění, hlavní důvod přijetí

Parkinsonova choroba a s tím spojená hospitalizace z důvodu: zhoršení stavu a následná rehabilitace na interním oddělení.

9.2 Fyzikální vyšetření (status praesens)

Celkově - Pacient při vědomí, orientován časem i místem, osobou, polohou. Chůze s chodítkem. Parkinsonský tremor, trvalý a převážně klidový. Výraz tváře- facies parkinsonica. Dýchání eupnoické, stridor nulový, bez dušnosti. Řeč dysartrie, bradylalie.

Výška 176 cm, váha 95 kg, puls 84´, TT 36,6 °C, TK 130/90.

BMI 31, obezita I. stupně.

Hlava - Lebka typu normocefalického. Hlava na poklep nebolestivá. Oči bez patologického nálezu. Oční bulby ve středním postavení, skléry bez ikteru. Zornice isokorické. Mrkání řídké. Inervace lícním nervem správná, výstupy trigeminu nebolestivé. Zvukovod bez sekrece, boltec bez patologického nálezu, lehká nedoslýchavost.

Nos bez sekrece. Rty růžové, prokrvené, souměrné. Jazyk plazí ve střední čáře, povrch jazyka je bělavý, mírně povleklý, nadměrné slinění. Dásně zarudlé, chrup umělý. Zvýšená sekrece slin.

Krk – Krční páteř vázne rotace. Pulzace karotid symetrická, oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, štítná žláza nehmatná.

Hrudník – Hrudník pyknický, dechová vlna se šíří symetricky, prsy symetrické, bez hmatné rezistence. Fremitus pectoralis oboustranně symetrický. Srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, akce srdeční pravidelná.

Plíce poklep jasný, dýchání čisté, mírně oslabené, vedlejší dechové šelesty neguje.

Dutina břišní – Břicho souměrné, hůře prohmatné pro obezitu, nebolestivé, bez hmatné rezistence. Kůže světlá. Jizva v pravém podbřišku po APPE, nebolestivá, klidná. Na poslech zeslabené borborygmy.
Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, palpačně nebolestivá, povrch hladký, spíše se nepodaří vyšetřit, pulzace 0, hepatojugulární reflux 0, Murphy 0.
Slezina nenaráží, nezvětšená.
Ledviny bimanuálně nehmatné, tapotement 0.

Močové ústrojí a genitál – Močový měchýř nepřesahuje symfýzu, mírně citlivý. Genitál normálně vyvinutý, uretra bez výtoku, varlata a nadvarlata nezvětšena. Tříselné uzliny nehmatné. Prostata hypertrofická.

Kosterní, svalový a kloubní systém – Prsty pravé ruky v normě, prsty levé v normě. Kůže DK končetin chladnější, s menší pružností, bez otoků. Periferní pulzace hmatné. Lýtka pohmatově nebolestivá, varixy 0, Homansův test 0, plantární znamení 0. Častý neklid DK. Páteř sinistroskoliosa. Velké klouby s mírným funkčním omezením. Svaly pohmatově nebolestivé, ale je zde rigidita (svalová ztuhlost). Lymfatické uzliny nehmatné, nebolestivé. Šlachové reflexy snížené.

Kůže a její adnexa – Kožní turgor snížený, nehty hladké, vlasy řídké. Kůže bez patologického nálezu. Zvýšená sekrece kožního mazu, potu.

Ostatní

Čití- v normě
Motorika- snížená hybnost, neklid, parkinsonský tremor.
Hlas- dysfonický, monotonní.
Pohyby- zpomalené, někdy až vymizelé.
Mimika- je zde hypomimie.

Provedená vyšetření

RTG S+P, EKG, TK, TT, TF
Krev, hemokoagulace:
KO – HB 167,0 g/l, LEU 7,8, ERY 5,5, MCH 33 pg, TROMB 182

QUICK – 1,4 (INR)

APTT – 0,84 (s)

Biochemie séra: BILIT 22,2 μmol/l, ALT 0,26 μkat/l, AST 0,31 μkat/l, UREA 5,3 mmol/l

Glykémie: 7,1 mmol/l

10 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE V. HENDERSONOVÉ

1. Pomoc při dýchání

Subjektivně

„Myslím si, že s dechem nemám potíže. Občas zakašlu, ale to hned přejde. Mám rád, když je místnost vyvětraná, mám rád čerstvý vzduch."

Objektivně

Frekvence dechu: 20 dechů/min

Pacient má dech v normě, rytmus dýchání je pravidelný. Dýchací šelesty nejsou slyšitelné, dýchání je povrchní. Občasný kašel, bez vykašlávání sputa, pacient si sám najde úlevovou polohu. Pomůcky pro udržení polohy: polštáře, výška lůžka, křeslo. Větrání místnosti ráno, večer.

Použitá měřící technika: pozorování, rozhovor, měření dechu

Ošetřovatelský problém: 0

Priorita: -

2. Přijímání jídla a pití

Subjektivně

„Jí se mi mnohem hůř než dříve, ale dá se to snést. Zlobí mě jenom ten třes a někdy se mi hodně špatně polyká, ale když jsem v klidu, jde to lépe. Jsem z domova zvyklý na snídani, oběd a večeři a přes den si sem tam dám nějakou svačinu. Nejradši piju vodu nebo čaj."

Objektivně

Pacient má chuť k jídlu, ovšem hůře se mu jí z důvodu třesu HK.

Dieta: 3G, polotuhá strava

Těžkosti s přijímáním potravy: třes HK, zhoršené polykání.

Příjem potravy: snídaně, oběd, večeře. Během dne svačina.

Krmení: nutnost dopomoci

Tekutiny jsou podávány permanentně, pacient si dopomáhá brčkem. Při podávání horkých nápojů je třeba pacientovi přidržovat hrnek.

Použitá měřící technika: pozorování, rozhovor

Ošetřovatelský problém: potíže s polykáním, nutná dopomoc při podávání stravy

Priorita: Střední

3. Vylučování

Defekace

Subjektivně

„Často mám nafouklé břicho a potom vím, že už na záchod nepůjdu. Trpím zácpou a tak mám většinou i bolesti břicha."

Objektivně

Pacient trpí zácpou, potřebuje dopomoc na WC, stolice nepravidelná, bez patologické příměsi, barva hnědá. K vyprazdňování zatím není podáváno žádné laxativum či klyzma.

Mikce

Subjektivně

„Občas jsem se pomočoval a tak mám teď dobrý pocit z toho katétru. Nemusím se alespoň stydět."

Objektivně

Pacient je inkontinentní. Pacientovi byl zaveden permanentní močový katétr-Folley, 5-10 ml, FR 20, Zaveden dne 1.8.2012.

Kontrola bilance tekutin. Pacientovi jsou dávány pomůcky – pleny, permanentní močový katétr. Podávají se léky – Uroxal 5, tbl., 0-1-. Pocení je u pacienta nadměrné, bez zápachu.

Použitá měřící technika: rozhovor

Ošetřovatelský problém: potíže s vyprazdňováním, riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Priorita: Střední

4. Při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy

Subjektivně

„Dříve jsem chodil pořád na procházky, ze začátku, ale potom mě začalo všechno bolet a moje OFF stavy trvaly skoro pořád a teď jsem tady a zkouším cvičit jak můžu. Chodím s chodítkem, to mi pomáhá udržovat alespoň stabilitu."

Objektivně

Pacientova postel se dá nastavit na vhodnou výšku pro lepší vstávání, či uléhání. Na pokoji má pacient křeslo s madly a opěradlem.

K rehabilitaci pacient využívá převážně chodítko. Když je pacient v OFF stavu, je nutné ho nepolohovat. Pokud je jeho zdravotní stav během dne lepší, je schopný polohu změnit sám. Spolupráce s fyzioterapeutem.

Použitá měřící technika: Barthelův test základních všedních činností. Hodnocení rizika pádu . Get u pand Go test. PŘÍLOHA E.

Ošetřovatelský problém: omezená pohyblivost až úplná nehybnost

Priorita: Vysoká

5. Při odpočinku a spánku

Subjektivně

„Občas nemůžu vůbec usnout a tak jen koukám do stropu. Ale spíš se stává to, že kolem deváté večer už jsem tak unavený, že nějak usnu a spím až do rána, pokud mě v noci něco neprobudí. Když se cítím dobře, tak si zuby dokážu vyčistit sám i se učešu. Ale jakmile mám ty své stavy, nesvedu nic."

Objektivně

Pacient má problémy s usínáním, občasně se budí. Chodí dříve spát, kolem 21:00 je unavený.

Nemá žádné zvyky při usínání. Přes den většinou nespí. Hypnotika neužívá.

Při čištění zubů potřebuje dopomoc. Při česání vlasů taktéž.

Použitá měřící technika: rozhovor, Barthelův test základních všedních činností. PŘÍLOHA E.

Ošetřovatelský problém: dopomoc nutná při osobní hygieně, špatné usínání

Priorita: Střední

6. Při výběru oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně

„Zase to záleží na tom, jak mi zrovna je. Někdy nemám ani náladu se převléct z pyžama do něčeho jiného. Většinou mi něco vybere manželka."

Objektivně

Pokud je pacient ve stavu ON, dokáže při oblékání dopomoc.

Oblečení si také vybírá sám společně s manželkou, podle toho, jak se zrovna cítí.

Použitá měřící technika: Barthelův test základních všedních činností. PŘÍLOHA E.

Ošetřovatelský problém: dopomoc nutná při oblékání

Priorita: Nízká

7. Při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot

Subjektivně

„Mám radši chladnější místnost, hlavně na spaní a líp pak dýchám. A to, jak se potím, mi taky zrovna není příjemné a tak je lepší, když je v místnosti spíš zima."

Objektivně

Pacient má raději chladnější teplotu v místnosti, lépe se mu dýchá a tolik nepociťuje své pocení jako nepříjemné. Tělesná teplota se měří 1x denně, kolem 16:00. Aplikace zábalů není nutná.

Použitá měřící technika: rozhovor, pozorování

Ošetřovatelský problém: 0

Priorita: -

8. Při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky

Subjektivně

„Byly časy, kdy jsem se dokázal umýt sám a vůbec, celkově jsem si vše udělal sám. Teď se to hodně zhoršilo a doma mi musí pomáhat manželka nebo některý z mých synů, když mají čas. Když se jdu koupat třeba odpoledne, tak to jde líp než ráno nebo úplně večer. A já mám vodu zrovna tak rád."

Objektivně

Pacient potřebuje pomoc při sprchování, mytí vlasů. Sprchuje se denně. Vlasy si češe sám, obličej si maže krémem.

P**oužitá měřící technika:** Barthelův test základních všedních činností. PŘÍLOHA E. Dále pozorování, rozhovor.

Ošetřovatelský problém: nutná dopomoc při celkové hygieně

Priorita: Střední

9. Při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou

Subjektivně

„Já nejsem věřící, nevěřím v boha. Co se týká léků, to mi doma dělá manželka, to nechávám na ní. A k tomu chození…To víte, doma jsem si nechal udělat madla po celém domě, abych se měl čeho držet když jdu a teď je tu nemám a tak je to pro mě změna spíš k horšímu. Ale to těch pár dní přežiju."

Objektivně

Pacient je ateista, nedodržuje žádné náboženské tradice ani zvyky. U pacienta je zvýšené riziko pádu a tak je nutné dávat pozor při jakékoli činnosti.

Léky má uložené u nás na sesterně, ale z domova je zvyklý je mít u postele. Léky mu doma dávkovala a podávala manželka.

Při rehabilitaci se občas špatně orientuje, je z domova zvyklý na madla, která má systematicky a dle potřeby rozmístěna po domě.

Použitá měřící technika: rozhovor, pozorování

Ošetřovatelský problém: zvýšené riziko pádu

Priorita: Vysoká

10. Při komunikaci

Subjektivně

„Ano, dříve jak jsem jezdil do lázní, ukazovali nám tam různé cviky. Tak jsem si je zapamatoval a od té doby si cvičím každý den obličej a hlasivky. Myslím, že mi to určitě pomáhá. Už jsem si na to navykl."

Objektivně

Pacientovi se občas hůře mluví, projevuje se zde dysartrie. Snaží se komunikovat, ale když mu to nejde, přestává mluvit a raději mlčí a je uzavřenější. Z domova je naučený procvičovat si každý den mimické svalstvo naučenými cviky.

Použitá měřící technika: rozhovor

Ošetřovatelský problém: verbální komunikace porušená

Priorita: Nízká

11. Při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla

Subjektivně

„Jak už jsem říkal, nejsem věřící. A možná je něco pravdy na tom, že každému se děje podle toho, jak se v životě choval. Ale myslím si, že nejsem špatný člověk."

Objektivně

Pacient je ateista.

O svůj zdravotní stav se dělí se svými nejbližšími.

Použitá měřící technika: rozhovor

Ošetřovatelský problém: 0

Priorita: -

12. Při práci a produktivní činnosti

Subjektivně

„No, tak když to jde, ještě se snažím něco zkusit chytit a držet, třeba hrníček nebo knížku. Někdy mi to jde, někdy to nejde vůbec."

Objektivně

Ve volné chvíli si pacient vezme košili a zapíná a rozepíná na ní knoflíky (ergoterapie). Při činnostech spíše nemluví. Každý den se snaží rehabilitovat. Spolupráce s fyzioterapeutem. Dříve vlastnil firmu, kterou s příchodem nemoci předal svým synům.

Použitá měřící technika: rozhovor, pozorování

Ošetřovatelský problém: 0

Priorita: -

13. Při odpočinkových (rekreačních) aktivitách

Subjektivně

„Rád jsem cestoval a když jsem necestoval, tak jsem byl pořád na zahradě nebo někde venku. Rád čtu jakýkoli žánr, to je jedno, hlavně, aby mě to bavilo. Když jsem měl firmu, tak jsem se hodně věnoval jí a hodně jsem pracoval.“

Objektivně

Pacient si rád čte knihy i noviny, když mu to jeho zdravotní stav dovoluje. Rád také sleduje televizi a večerní zprávy. Rád slýchá o nových věcech, novinkách ze světa. Dříve se věnoval cestování a zahradničení. Když je doma, o nákupy se stará manželka nebo jeho synové.

Použitá měřící technika: rozhovor, rozhovor s rodinou

Ošetřovatelský problém: 0

Priorita: -

14. Při učení

Subjektivně

„Od první chvíle, co mi to zjistili, jsem si načetl snad stovky knih a vyslechl stovky rad od všech možných lidí. Mám ze sebe radost, když mi třeba ještě něco jde nebo když udržím alespoň hřeben v ruce, ale to víte, někdy to na mě sedne a necítím se vůbec dobře. Přemýšlím, co by chtěl dělat a nemůžu a pak už to jde pořád dokola.“

Objektivně

O své nemoci ví mnoho. Životosprávu a rehabilitaci dodržuje. Léčbu také dodržuje. Snaží se pomáhat, když mu to jeho stav dovoluje a zároveň se snaží vyrovnávat s tím, co už dělat nemůže a na co nestačí.

Použitá měřící technika: rozhovor, Beckova sebeposuzovací stupnice deprese. PŘÍLOHA E.

Ošetřovatelský problém: pocit bezmocnosti

Priorita: Střední

11 ROZPRACOVANÉ VYBRANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY

11.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

11.1.1 Polykání porušené

„Polykání porušené související s neuromuskulární poruchou, projevující se zjevně obtížným polykáním“

Cíl krátkodobý - Pacient si osvojí cviky pro lepší schopnost přijímání potravy – do 2 dnů

Cíl dlouhodobý - Pacient má zachovalou schopnost polykání v maximální možné míře do propuštění

Priorita - Střední

Výsledná kritéria -

Pacient je schopen přijímat potravu a tekutiny ihned

Pacient zná a umí použít cviky na procvičování mimického svalstva do 48 hodin

Pacient dokáže použít jemnou masáž hrtanu a hltanu do 48 hodin

Pacient má stálou tělesnou hmotnost do propuštění z nemocnice

Plán intervencí -

Zhodnoť schopnost polykat potravu v době oběda v 11:30 (sestra)

Polohuj pacienta během podávání stravy do sedu s hlavou mírně nakloněnou kupředu během každého oběda (sestra)

Připomínej pacientovi žvýkání a polykání, aby se soustředil a zlepšil se průběh polykacího aktu před každým jídlem v 11:30 (sestra)

Soustřeď pacientovu pozornost na jedení, během každého jídla (sestra)

Podávej stravu v polotuhé konzistenci či po velmi malých kouskách (sestra, nutriční terapeut)

Ber při podávání stravy ohled na způsob a rychlost jedení jídla dle zvyklostí pacienta (sestra)

Zůstaň u pacienta během podávání stravy a dle potřeby mu pomoz po celou dobu hospitalizace (sestra)

Předveď pacientovi jemnou masáž svaloviny hrtanu a hltanu pro lepší polykání, ihned (sestra)

Doporuč pacientovi procvičení mimického svalstva, rtů a jazyka před každým jídlem (sestra)

Prováděj pravidelné vážení pacienta, dle stavu pacienta ob dva dny ve 14:00 (sestra)

Prováděj pravidelný zápis hmotnosti pacienta do dokumentace, po každém vážení

Realizace -

Během prvního dne hospitalizace, před první večeří, jsem pacientovi ukázala jemnou zevní masáž svaloviny hrtanu a hltanu (krouživé pohyby prsty v oblasti krku). Pacient si tyto cviky ihned osvojil a používal je před každým jídlem po dobu hospitalizace. Z domova byl pacient naučený procvičovat i mimické svalstvo a to každý den před hlavním jídlem. S nutričním terapeutem jsem se domluvila, že pacientovi by spíše vyhovovala strava v polotuhé konzistenci pro lepší polykání i trávení.

Před každým jídlem jsem pacienta napolohovala tak, aby přijímání stravy bylo co nejjednodušší, bez komplikací. Během podávání stravy jsem zůstávala u pacienta a dle potřeby jsem mu dopomáhala s podáváním jídla. Pacient se vážil ob dva dny a váha se pohybovala v rozmezí 93 až 95 kg. Vše jsem řádně zapsala do předem určené dokumentace.

Hodnocení -

Cílů bylo dosaženo.

Pacient si osvojil cviky a zachoval schopnost polykání.

11.1.2 Deficit sebepéče v oblasti hygieny

„Deficit sebepéče z důvodu neuromuskulárního onemocnění projevující se (především v OFF stavech) neschopností při hygieně - vykoupat se, umýt si jednotlivé části těla, regulovat teplotu nebo proud vody, vejít do koupelny a vyjít z ní a osušit se.“

Cíl krátkodobý – Pacient prokáže znalost, jak provádět osobní hygienu v rámci svých možností do 24 hodin

Cíl dlouhodobý – Pacient udržuje nejvyšší možnou míru dopomoci během osobní i celkové hygieny do propuštění

Priorita - Střední

Výsledné kritéria -

Pacient rozpozná své individuální potřeby a slabiny do 24 hodin

Pacient pomáhá při celkové hygieně v maximální možné míře do propuštění z nemocnice

Pacient pomáhá při osobní hygieně v maximální možné míře do propuštění z nemocnice

Pacient bude provádět péči o sebe sama na úrovní svých schopností (dle jeho stavu) do propuštění i po propuštění z nemocnice

Pacient má pro pobyt doma zajištěnou pomoc v rámci rodiny a rodinných příslušníků.

Plán intervencí -

Zjisti, čím je způsoben pokles schopnosti pacienta pečovat o sebe sama ihned (sestra)

Zjisti stupeň individuální poruchy ihned a pokaždé během dalšího dne (sestra)

Povšimni si dalších zdravotních problémů, které mohou mít vliv na péči během rozhovoru s pacientem (sestra)

Věnuj pozornost dalším faktorům – emoční stabilita, pohyblivost, během každého dne (sestra)

Povšimni si, zda je deficit dočasný či trvalý a zda bude časem ustupovat nebo progredovat (sestra)

Podporuj účast pacienta při provádění hygienické péče po celou dobu hospitalizace (sestra)

Informuj ostatní ošetřovatelský personál o tom, v jakou denní dobu je nejlépe s pacientem provádět osobní či celkovou hygienu do 16:00 (sestra, ošetřovatelský personál)

Dbej na soukromí při provádění hygienické péče po celou dobu hospitalizace (sestra)

Poskytni pacientovi dostatek času při vykonávání hygienické péče po celou dobu hospitalizace (sestra)

Obstarej pomůcky dle potřeby ihned – podložka na podlahu v koupelně, sedačka (sestra)

Vyhodnocuj průběžně program pacientovy péče o sebe sama spolu s pacientem po celou dobu hospitalizace (sestra)

Všímej si pokroku a změn u pacienta při každé hygieně (sestra)

Upravuj hygienickou péči tak, aby odpovídala schopnostem pacienta (sestra)

Informuj ošetřovatelský personál každý den o pokrocích pacienta v oblasti hygienické péče (sestra, ošetřovatelský personál)

Informuj rodinu o pokrocích pacienta v oblasti hygienické péče (sestra, rodina)

Realizace -

První den hospitalizace jsem si s pacientem popovídala o tom, co je schopný a co není schopný vykonávat a v jakém časovém rozmezí během dne.

Druhý den hospitalizace proběhla celková hygiena, bez viditelných pokroků.

Třetí den hospitalizace proběhla celková hygiena, s dopomocí pacienta, kolem 14:30.

Čtvrtý den hospitalizace proběhla hygienická péče, v 16:00, pacient se sám mobilizoval na lůžku. Během provádění hygieny v koupelně pacient asistoval, přidržoval sprchu a byl schopný si umýt horní část těla.

Pátý den hospitalizace proběhla ranní hygiena na lůžku, pacient byl v OFF stavu.

Šestý až poslední den hospitalizace probíhala hygiena střídavě v koupelně a na lůžku. Pacient byl schopen v některých dnech dopomoct, posadit se či si vyčistit zuby a učesat se.

Zjistila jsem, že nejlepší čas na hygienu je až kolem 13:00, kdy je pacientova fyzická schopnost nejvyšší během dne. Nevhodný čas na hygienu je ráno, kvůli špatné pohyblivosti a večer.

Hygienickou péči jsme tedy prováděli hlavně po obědě, občasně v pozdních odpoledních hodinách.

Zajistila jsem pomůcku pro zmenšení rizika pádu během hygienické péče – sedačka v koupelně, protiskluzová podložka na podlahu.

Hodnocení -

Cíle bylo dosaženo.

Pacient se sám mobilizoval a aktivizoval ke každodenní hygienické péči, pokud mu to jeho stav dovolil.

Pacient byl udržován v čistotě a pohodlí během celé hospitalizace.

11.1.3 Komunikace verbální, porušená

„Komunikace verbální porušená z důvodu neuromuskulárního onemocnění projevující se pomalou a tichou řečí, těžkostí při slovním vyjadřování, až úplnou nemluvností.“

Cíl krátkodobý – Zmírnit pacientovu úzkost a hněv z verbálního projevu do 2 dnů

Cíl dlouhodobý – Pacient si osvojil cviky na posílení hlasivek a mimických svalů a je schopen jich využívat během hospitalizace a po propuštění

Priorita - Nízká

Výsledné kritéria -

Pacient necítí úzkost a hněv při verbální komunikaci během 48 hodin

Pacient se snaží častěji verbálně komunikovat každý den během hospitalizace

Pacient používá cviky pro posílení hlasivek do 6 hodin

Pacient používá cviky mimického svalstva do 6 hodin

Plán intervencí -

Posuď další faktory, které mohou mít vliv na schopnost komunikace pacienta, ihned (sestra)

Pozoruj míru úzkosti, přítomnost hněvu při pacientově neschopnosti vyjádřit se, během prvních dvou dnů hospitalizace (sestra)

Vysvětli pacientovi, že chápeš jeho míru úzkosti či hněvu a že je to v této situaci zcela normální, ihned (sestra)

Pečlivě sleduj verbální i neverbální projev pacienta, během hospitalizace (sestra)

Jednej s pacientem mírně, v klidu, trpělivě (sestra)

Povzbuď pacienta, aby mluvil pomalu a klidně, ihned (sestra)

Udržuj během rozhovoru zrakový kontakt (sestra)

Věnuj se spolu s pacientem cvikům na posílení hlasivek a mimických svalů, každý den během hospitalizace (sestra)

Zapoj rodinu do plánu rozvoje komunikace do 19:00 hodin (sestra, rodinný příslušníci)

Povzbuď rodinu k aktivnímu zapojení se (sestra, rodinný příslušníci)

Sleduj pokrok ve verbálním projevu pacienta během hospitalizace (sestra)

Realizace -

Během prvních tří dnů hospitalizace jsem vypozorovala, že verbální i neverbální komunikace je u pacienta velmi ovlivněna tím, v jakém stavu se právě nachází. Pokud je v ON stavu, komunikuje se mu lépe, zadrhává se méně a je si ve slovním projevu jistější. Pokud se nachází v OFF stavu, jeho verbální projev není v souladu s neverbálním projevem, zadrhává se, nedokončuje věty a není schopen se vyjádřit přímo. Pozoruji na něm, že je úzkostlivý a bezmocný, pokud nemůže vyjádřit to, co potřebuje a tak raději přestává mluvit úplně.

Navrhla jsem pacientovi, aby si před každým verbálním projevem mírně procvičil mimické svalstvo a hlasivkové svalstvo, což měl naučeno z domova.

Během našich rozhovorů se pacient vždy uklidnil a začal si být jistější v komunikačním projevu.

Rozhovory probíhaly v klidném prostředí, odstranila jsem veškeré rušivé vlivy z okolí (zavřela jsem okna i dveře) a ujistila jsem pacienta, že máme klid a čas.

Rodina a rodinní příslušníci se ochotně zapojili do plánu rozvoje komunikace a aktivně se zapojovali.

Hodnocení -

Dosažení cílů.

Dosáhlo se zmírnění úzkosti a hněvu z verbálního projevu.
Pacient provádí cviky sám a je schopen verbálně komunikovat v maximální možné míře dle stavu.

11.1.4 Bezmocnost

„Bezmocnost z důvodu chronického neuromuskulárního onemocnění projevující se slovním vyjádřením pacienta, že nemá kontrolu nad péčí o sebe sama, vyjádření nespokojenosti a frustrace vykonávat aktivity, hněvem, úzkostí, uzavřeností a podrážděností.“

Cíl krátkodobý – Pacient uznává, že některé oblasti jsou reálně mimo jeho kontrolu a snižuje se tím tak úzkost, podrážděnost a hněv do 2 dnů
Cíl dlouhodobý – Pacient se aktivně podílí na sestavení plánu péče a rozhodování o ní během hospitalizace do propuštění
Priorita - Střední
Výsledné kritéria -
Pacient vyjadřuje pocit kontroly nad současnou situací během prvních 48 hodin
Pacient se aktivně podílí na péči po celou dobu hospitalizace
Pacient zná a dokáže formulovat oblasti, které má pod kontrolou do 12 hodin
Pacient zná a dokáže formulovat oblasti, které jsou mimo jeho kontrolu do 12 hodin
Pacient nepociťuje tak často hněv, podrážděnost a úzkost po celou dobu hospitalizace

Plán intervencí -
Seznam se s okolnostmi situace – chronická nemoc, nepohyblivost, ihned (sestra)
Zjisti, jak pacient vnímá situaci a léčebný plán do 4 hodin (sestra)
Zjisti, je-li pacient spíše extrovert či introvert do 12 hodin (sestra)
Posuď stupeň bezmocnosti, kterou pacient zažívá do 12 hodin (sestra)
Všímej si verbálního projevu pacienta, o jeho vlastním stavu, při rozhovoru (sestra)
Povšimni si chování pacienta během různých činností, během hospitalizace (sestra, ošetřovatelský personál)
Povšimni si komunikace pacienta s ošetřovatelským personálem, během hospitalizace (sestra)

Povšimni si komunikace pacienta s rodinnými příslušníky, během hospitalizace (sestra)

Dej pacientovi najevo starostlivost o jeho osobu při nejbližším možném rozhovoru (sestra)

Vybídni pacienta, aby kladl jakékoli otázky ohledné léčebného plánu, ihned (sestra)

Povzbuzuj pacienta a dodávej mu naději, během hospitalizace (sestra)

Zjisti silné stránky a aktiva pacientovy osobnosti a způsoby, pomocí nichž úspěšně zvládal problémy, při rozhovorech během 3 dnů od přijetí (sestra)

Hovoř s pacientem i o tom, co nemá pod kontrolou a co pro sebe může udělat (sestra)

Motivuj pacienta k činnostem, které může vykonávat a které vykonává rád , během hospitalizace – čtení knih či přijímání nových informací z novin (sestra)

Posiluj pozitivně žádoucí chování pacienta, během hospitalizace (sestra)

Zapoj do péče o pacienta jeho rodinu, každý den do 19:00 hodin (sestra, rodina)

Poskytni pacientovi jasné informace o jeho pokrocích a pozitivních změnách, ihned a během hospitalizace (sestra)

Dle indikace doporuč podpůrné skupiny, poradenství či terapii (ošetřující lékař, sestra)

Realizace -

Během prvního dne hospitalizace jsem zjistila, jak pacient vnímá svou situaci a jaký léčebný, ošetřovatelský plán mu bude nejvíce vyhovovat. Dohodli jsme se s pacientem na činnostech, které sám nezvládne, na činnostech, které zvládne s dopomocí a na věcech, které si je schopen obstarat zcela sám.

Během 4 hodin v prvním dni hospitalizace jsem si všimla, že pacient je spíše introvert, jeho verbální projev naznačuje tomu, že poslední týdny svou situaci a svůj zdravotní stav nezvládá příliš dobře.

První den hospitalizace přinesla rodina pacienta noviny a časopisy, které pacient rád čte a které mu zvedly náladu.

Při rozhovoru jsem zjistila, že pacient zná své hranice, jen, že je pro něj těžké se občas vyrovnat s tím, že nemůže provádět aktivity, které ho dříve naplňovaly (práce na zahradě, cestování).

Dle indikace a doporučení lékaře jsme s pacientem vedli rozhovor o podpůrných skupinách a terapiích – pacient už několik let spadá do společnosti, kde se setkává se stejně nemocnými pacienty.
Během hospitalizace jeho psychický stav kolísal podle stavu fyzického.
Díky otevřeným rozhovorům se pacient během hospitalizace cítil jistější.

Hodnocení -
Cíle bylo dosaženo.
Pacient se aktivně podílel na sestavení plánu.
Pacient zná své hranice a hněv, úzkost a frustrace se během hospitalizace snížili.

11.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

11.2.1 Trauma, riziko vzniku

„Trauma, zvýšené riziko z důvodu neuromuskulárního onemocnění (Parkinsonova nemoc).“

Cíl krátkodobý – Pacient je seznámen s rizikem traumatu a jeho prevencí do 2 hodin
Cíl dlouhodobý – Pacient nebude zraněn po dobu hospitalizace
Priorita - Vysoká
Rizikové faktory -
Pozitivní anamnéza pádu v minulosti
Užívání kompenzačních pomůcek – chodítko
Vyšší věk
Slabost, potíže s rovnováhou
Špatná koordinace pohybů z důvodu neuromuskulárního onemocnění
Snížená svalová síla a vytrvalost
Překážky v prostředí, kluzká podlaha, práh
Nedostatek pomůcek – chybějící madla, protiskluzové podložky do vany
Předměty bránící průchodu

Výsledné kritéria -

Pacient je seznámen s rizikem traumatu v novém prostředí během hospitalizace do 2 hodin

Pacient si uvědomuje faktory, které zvyšují možnost úrazu okamžitě

Pacient umí používat kompenzační pomůcky v maximální možné míře

Pacient svým chováním přispívá k prevenci traumatu po celou dobu hospitalizace

Pacient má přizpůsobeno prostředí dle svých potřeb v maximální možné míře

Plán intervencí -

Posuď všechny rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádu, ihned (sestra)

Všímej si současné situace – zhodnoť stupeň funkční poruchy, ihned (sestra)

Zapoj rodinu do edukace o prevenci pádu do 19:00 hodin (sestra)

Seznam pacienta s riziky pádu do 2 hodin (sestra)

Seznam pacienta s preventivními opatřeními pádu do 2 hodin (sestra)

Seznam pacienta s prostředím do 3 hodin (sestra)

Urči stupeň rizika pádu dle škály, od 14:00 do 19:00 hodin (sestra)

Označ v dokumentaci pacienta za rizikového dle standardu oddělení , ihned po vypracování škály (sestra)

Seznam ošetřovatelský personál s rizikem pádu u pacienta, ihned (sestra, ošetřovatelský personál)

Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta – postranice, suchá podlaha, upravené prostředí, signalizační zařízení blízko pacienta, do 19:00 hodin (sestra)

Nastav lůžko tak, aby pacient mohl bez větší námahy vstát, ihned (sestra)

Pomoc pacientovi dle potřeby s různými činnostmi a přesuny, během hospitalizace (sestra)

Doporuč odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty, ihned (sestra)

Upozorni pacienta na překážky v okolí během pohybu po pokoji do 2 hodin (sestra)

Všímej si správnosti používání a funkčnosti kompenzačních pomůcek při rehabilitaci během 3 dnů (sestra)

Zdůrazni význam pomalých změn polohy, ihned (sestra)

Zajisti dopomoc pacientovi při vstávání, oblékání, posazování se, při hygieně během hospitalizace (sestra)

Asistuj při rehabilitaci, každý den od 14:00 do 15:00 hodin (sestra, fyzioterapeut, rodina)

Realizace -

Pacienta jsem seznámila s riziky pádu a jejich prevencí během první hodiny hospitalizace. Dále jsem pacienta seznámila s prostředím, ve kterém po dobu hospitalizace bude pobývat.

Zajistila jsem, aby pacientovi na pokoj bylo dáno křeslo s opěradlem a madly, pro lepší stabilitu při sezení a pro lepší držení těla.

Pacientovi jsem ukázala, kde má signalizační zařízení a jak toto zařízení funguje. Dále jsem mu ukázala ovladač na polohování lůžka a taktéž mu vysvětlila jeho funkčnost.

Během druhého dne hospitalizace s pacientem proběhl rozhovor o kompenzačních pomůckách. Pacient ví, jak je používat a používá je správně.

Při rehabilitování jsem pacientovi dopomáhala spolu s fyzioterapeutem.

Pokud byl pacient v ON stavu, byl schopný chodit a pohybovat se s dopomocí po pokoji s chodítkem. Každý den jsem pacientovi dopomáhala s oblékáním, posazováním se a při hygieně.

Každý den proběhl zhodnocení pacientova stavu (ON či OFF stav) a od toho se dále odvíjely další činnosti, rehabilitace či cvičení na lůžku.

Hodnocení -

Cíle bylo dosaženo.

Pacient byl seznámen s riziky traumatu a poranění a za všech okolností se jim snaží předcházet společně s rodinou.

Pacient nebyl zraněn.

11.2.2 Infekce, riziko vzniku

„Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katétru“

Cíl krátkodobý – Pacient je poučen o možnostech vzniku infekce do 24 hodin

Cíl dlouhodobý – Pacient nemá infekci po dobu hospitalizace a po propuštění

Priorita - střední

Rizikové faktory -

Invazivní vstupy – permanentní močový katétr

Nedostatečná primární obrana

Výsledné kritéria -

Pacient zná důvody zavedení permanentního močového katétru do 2 hodiny

Pacient chápe možnosti vzniku infekce v maximální možné míře

Pacient zná příznaky infekce v maximální možné míře

Pacient nepociťuje příznaky jakékoli infekce do propuštění z nemocnice

Laboratorní hodnoty jsou v normě

Infekce nevznikla během hospitalizace až do propuštění z nemocnice

Plán intervencí -

Seznam pacienta s důvody zavedení permanentního močového katétru během 2 hodin (sestra)

Informuj pacienta o možnostech vzniku infekce do 2 hodin (sestra)

Dodržuj sterilní techniku při zavádění a manipulaci s permanentním močovým katétrem (sestra, ošetřovatelský personál)

Pečuj o permanentní močový katétr a perianální oblast každý den mezi 7:00 až do 19:00 hodin (sestra, ošetřovatelský personál)

Sleduj potencionální známky infekce během hospitalizace (sestra)

Zhodnoť stav funkčnosti permanentního močového katétru každý den od 7:00 až do 19:00(sestra)

Zhodnoť stav kůže v okolí genitálu každý den od 7:00 až do 19:00 (sestra)

Proveď odběr vzorku moči pro laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře, ráno od 7:00 až do 9:00 (ošetřující lékař, sestra)

Hlas případné známky infekce ošetřujícímu lékaři, ihned (sestra)

Realizace -

Pacienta jsem edukovala o prevenci vzniku infekce během první hodiny od zavedení permanentního močového katétru.

V den zavedení katétru (1.8.2012) byl dodržen aseptický postup.

Během dalších manipulací s katétrem byl stále dodržován aseptický přístup.

Provedla jsem odběr vzorku moči pro laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře (6.8.2012). Po celou dobu jsem dodržovala sterilní přístup.

Každý den se prováděla kontrola permanentního močového katétru. Dále kontrola genitálu a perianální oblasti.

Močový sáček byl vyléván max. po 6 hodinách. Permanentní močový katétr byl po celou dobu bez známek infekce, pacient si nestěžoval na bolest, pálení, ani řezání. Katétr odváděl čirou moč bez příměsí, byl průchodný po celou dobu hospitalizace. Během hospitalizace jsem nepozorovala žádné známky infekce.

Laboratorní hodnoty byly v normě.

Hodnocení -

Cílů bylo dosaženo.

Pacient neměl infekci během hospitalizace.

12 SHRNUTÍ

12.1 Hodnocení ošetřovatelské péče

V rámci lékařské terapie a ošetřovatelské péče se stav pacienta stabilizoval a zlepšil. Prognóza zůstává stejná, avšak při dodržování rehabilitačních cvičení se stav pacienta může na určitou dobu stabilizovat a nehoršit se. Pacient by se měl také šetřit psychicky. Pacient je plně seznámena se svým onemocněním.

S pacientem a jeho rodinou jsme navázali vřelý, komunikativní vztah založený na důvěře.Vzhledem k povaze diagnózy a progresi onemocnění, není možné některé problémy odstranit, proto musí ošetřovatelské zásahy a intervence i nadále pokračovat.

Pacient má plnou podporu své rodiny a přátel z klubu. Pacient i rodina hodnotí ošetřovatelskou péči pozitivně a mluví o viditelných změnách.

12.2 Doporučení pro praxi

Tato doporučení jsou určena především všeobecným sestrám, které

pracují na interních odděleních a neurologických odděleních. Během praxe v nemocničních zařízeních, se sestry mohou setkat s pacienty, kteří mají jasné předpoklady k vylepšení svého zdravotního stavu a mohou se postupem času vrátit zpět k plnohodnotnému životu. NA druhé straně se však mohu setkávat s pacienty, kteří vzhledem k svému zdravotnímu stavu potřebují dopomoci při různých činnostech, prognóza zůstává stejná či se horší a takovíto pacienti nesou hospitalizaci o něco hůře, hůře se přizpůsobují a mohou špatně snášet nastalou situaci.

Úkolem sestry je pomoci pacientovi překonat toto životní období a dodávat mu sílu a naději. Dále jsou určena pacientovi, aby se lépe vyrovnal s hospitalizací a se svým onemocněním.

Doporučení pro všeobecné sestry

- je velmi důležité ke každému pacientovi přistupovat individuálně,
- naslouchat pacientovi,
- být schopna pacientovi vždy poradit,
- motivovat pacienta k rehabilitaci,

- dodávat pacientovi odvahu, motivovat ho a chválit,
- edukovat pacienta,
- umožnit návštěvy rodinných příslušníků.

Doporučení pro pacienta

- pravidelně dodržovat rehabilitaci,
- pokoušet se dopomoct při různých denních činnostech,
- pravidelně užívat farmakoterapii dle ordinace lékaře,
- vyvarovat se stresových situací,
- pečovat o svou tělesnou i duševní stránku.

ZÁVĚR

Cílem naší bakalářské práce bylo zjistit, s jakými problémy se potýká pacient s Parkinsonovou nemocí. Vypracovali jsme individuální plán ošetřovatelské péče pro našeho vybraného pacienta. Při zvládání Parkinsonovi nemoci je nutné, aby se zapojila rodina, rodinní příslušníci při pobytu pacienta v domácím prostředí. Během hospitalizace je nutná souhra lékařů, všeobecných sester a celého ošetřovatelského personálu. Psychická pohoda či nepohoda pacienta hraje velkou roli při zvládání této nemoci.

Dá se říci, že všeobecné sestry jsou v nejužším kontaktu s pacientem. Slýchají jeho radosti a strasti a mohou se podílet na pacientových velice významných pokrocích. Sestra by pacientovi měla co nejvíce naslouchat a co nejvíce ho pozorovat, aby zjistila jeho neverbální projevy, kterými dává spousty věcí najevo. Nejen slovy se člověk vyjadřuje. Všeobecná sestra by se k pacientovi měla chovat takovým stylem, aby se jí nebál otevřít, svěřit se jí či se zeptat na jakoukoli informaci.

Práce na téma Parkinsonova nemoc, pro nás byla velice přínosná, protože jsme skrze ní poznali skvělé lidi a pacienty. Chodili jsme na sezení s parkinsoniky. Usmívali se na nás a byli ochotni nám odpovídat na všechny námi položené dotazy a otázky. Za krátkou dobu jsme poznali, jak nelehký život tito lidé vedou a přesto se každý den snaží, seč jim síly stačí

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SCHWARZ, S. P., 2008. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe: péče, léky, komunikace s lékaři, nákupy, strava, jazyk a řeč, mluvení a psaní, bydlení, bezpečnost,volný čas, cestování, rekreace.* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2321-1.

BERGER, J., Z. KALITA a I.ULČ, 2000. *Parkinsonova choroba.* Praha : Maxdorf. ISBN 80-85912-13-9

MYSLIVEČEK, J. et al., 2009. *Základy neurověd, 2.vydání.* Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-088-1

ROTH, J., M. SEKYROVÁ a E. RŮŽIČKA, 2005. *Parkinsonova nemoc. 3., rozš. vyd.* Praha: Maxdorf. ISBN: 80-7345-044-5.

RŮŽIČKA, E., J. ROTH, P. KAŇOVSKÝ et al., 2000. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy, Extrapyramidová onemocnění I.* Praha: Galén. ISBN 80-7262-048-7

REKTOR, I. a I. REKTOROVÁ, 2003. *Centrální poruchy hybnosti v praxi. 1. vyd.* Praha : Triton. ISBN: 80-7254-418-7

DOSTÁL, V. a E. CHVÍSTKOVÁ, 2010. *Výživa u Parkinsonovi nemoci.* Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2362-7

ROTH, J. a E. RŮŽIČKA, 2005. *Život s Parkinsonovou nemocí, Informace a praktické rady pro nemocné a jejich rodiny.* Centrum extrapyramidových onemocnění, Neurologická klinika 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Praha: Novartis, Pharma. Informační brožura.

Život s Parkinsonovou nemocí, Život s Parkinsonovou chorobou je život, kde je každý den výzvou. Praha: EPDA, 2011. Česká verze byla připravena ve spolupráci s pacientskou organizací Společnost Parkinson a.s.

AMBLER., Z, 2000. *Neurologické poruchy ve vyšším věku, Základní principy a jejich farmakoterapie.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-116-1

KYMPLOVÁ, J. 2012. *Možnosti fyzikální terapie u Parkinsonovy nemoci.* Parkinson, časopis Společnosti Parkinson, 2012. Str. 26-27. Praha: Vydává Společnost Parkinson. ISSN 1212-0189

NAŇKA,O. a M. ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie.* Druhé doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0

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

RONKEN, E. a G.J.M. van SCHARRENBURG, 2002. *Parkinson´s disease.* Amsterdam: IOS Press. ISBN 1-58603-207-0

DUVOISIN, R. C. a J. SAGE, 2003. *Parkinson´s disease (Fifth edition), A Guide for Patient and Family.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin. ISBN 978-07-817-2977-2

WATERS, CH. H, 2008. *Diagnosis and management of Parkinson´s disease. (Sixth edition).* USA: Copyright. ISBN 978-1-932610-45-1

NOVOTNÝ, I. a M. HRUŠKA, 2010. *Biologie člověka.* 4.rozšířené a upravené vydání. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7373-007-9

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I., interna.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3

OREL, M. et al., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2617-5

KUTNOHORSKÁ, J, 2010. *Historie ošetřovatelství.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-32244

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu.* Praha: Tribut EU. ISBN 978-80-7399-289-7

TRACHTOVÁ, E. et al., 2010. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
ISBN 80-7013-324-4

DOENGES, M. E. a M. F. MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry* (druhé, přepracované rozšířené vydání). Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8

ZÁRUBOVÁ, K. Zdravotnické noviny. *Parkinsonova nemoc a nejčastější diagnostické omyly.* MUDr. Kateřina Zárubová, Praha
[online]. [cit. 2012-10-26]
Dostupné na WWW:
http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/parkinsonova-nemoc-a-nejcastejsi-diagnosticke-omyly-280061

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Anatomie

PŘÍLOHA B – Rehabilitační léčba

PŘÍLOHA C – Písmo pacientů s PN

PŘÍLOHA D – Klinický obraz u pacientů s PN

PŘÍLOHA E – Vyšetřovací metody

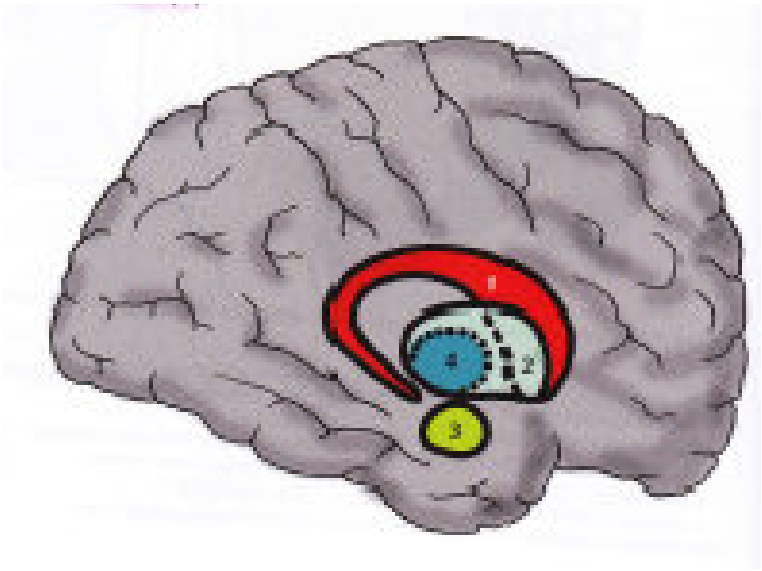
PŘÍLOHA F – Příběh pacienta

Přílohy

PŘÍLOHA A

Anatomie - projekce bazálních ganglií na povrch hemisféry

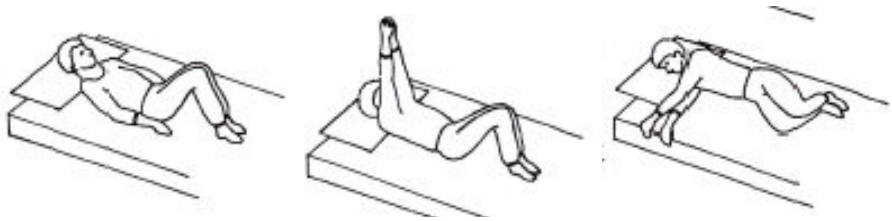
1.ncl. caudatus, 2.putamen, 3.amgydala, 4.globus pallidus)



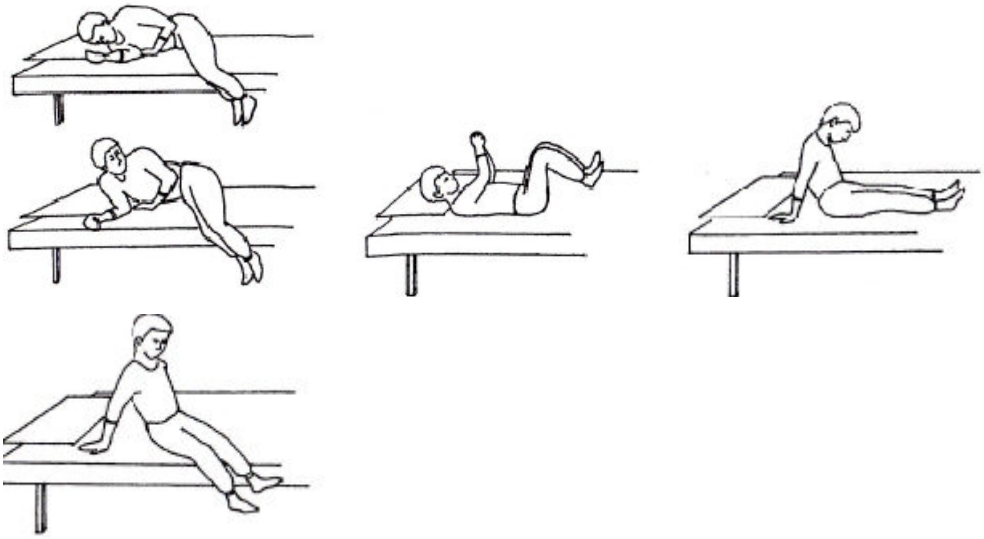
Obrázek 1 – Anatomie bazálních ganglií
Zdroj: Naňka, 2009, s.290.

PŘÍLOHA B

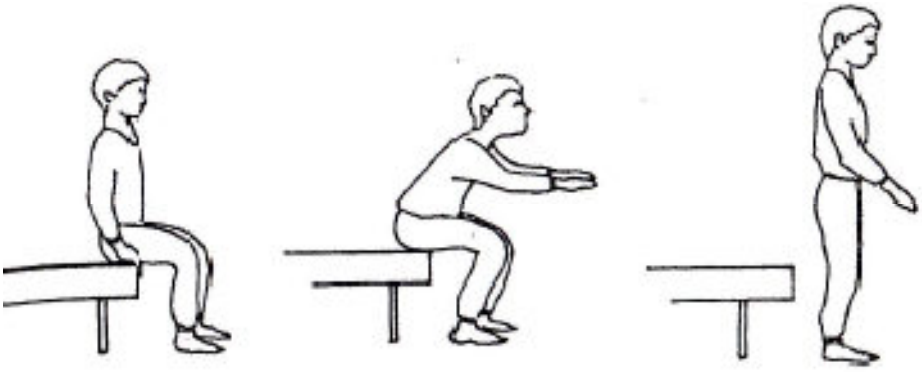
Rehabilitační léčba – otáčení na bok, sed na lůžku, vstávání z lůžka, vstávání ze židle bez opěradel



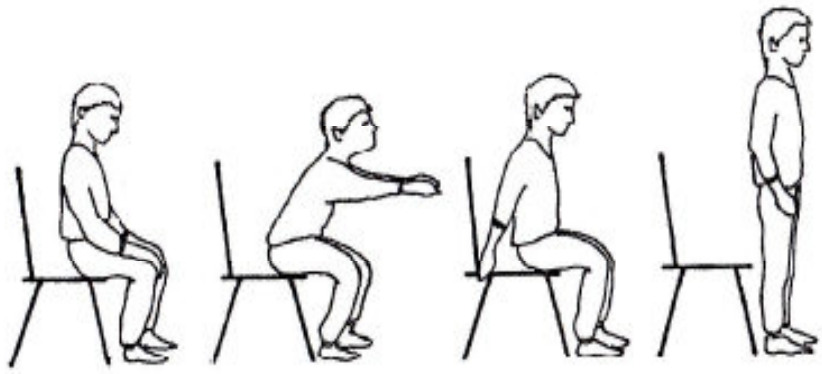
Obrázek 2 – Otáčení na bok



Obrázek 3 - Sed na lůžku

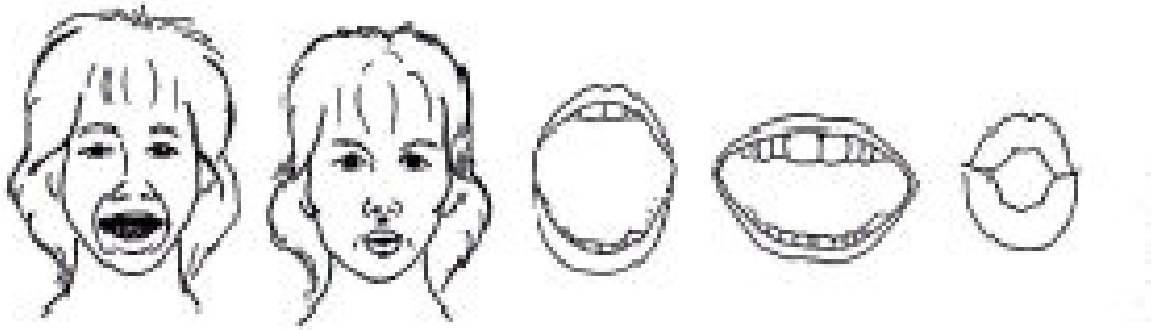


Obrázek 4 - Vstávání z lůžka



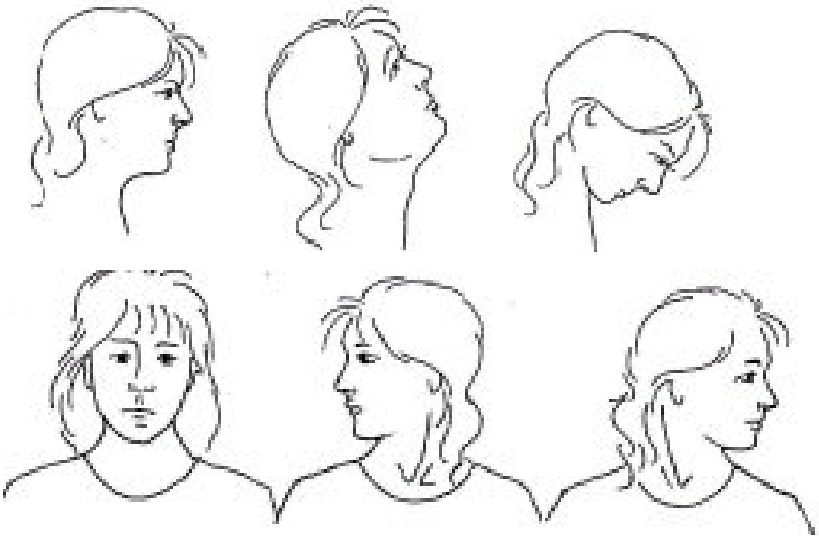
Obrázek 5 - Vstávání ze židle bez opěradel

Rehabilitační léčba – mimické svalstvo, cviky hlavy a krční páteře, trup a horní končetiny



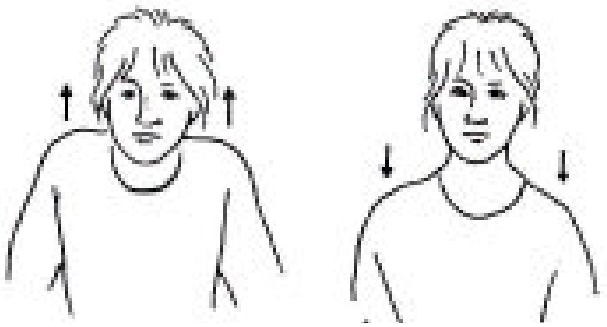
Obrázek 6 - Mimické svalstvo

Hlasité vyslovování „ú, é, ú, é…..cha, ha, cho cho, che che, chi, chi, sssssss…..“.



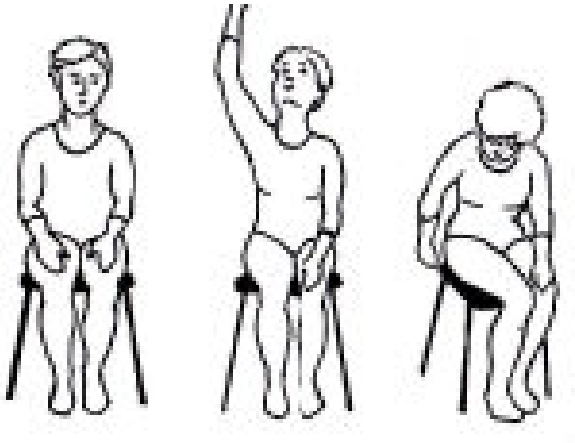
Obrázek 7 - Hlava, krk

b) cvičení hlavy a krční páteře



Obrázek 8 - Ramena

c) zdvihání ramen



Obrázek 9 - Trup a HK

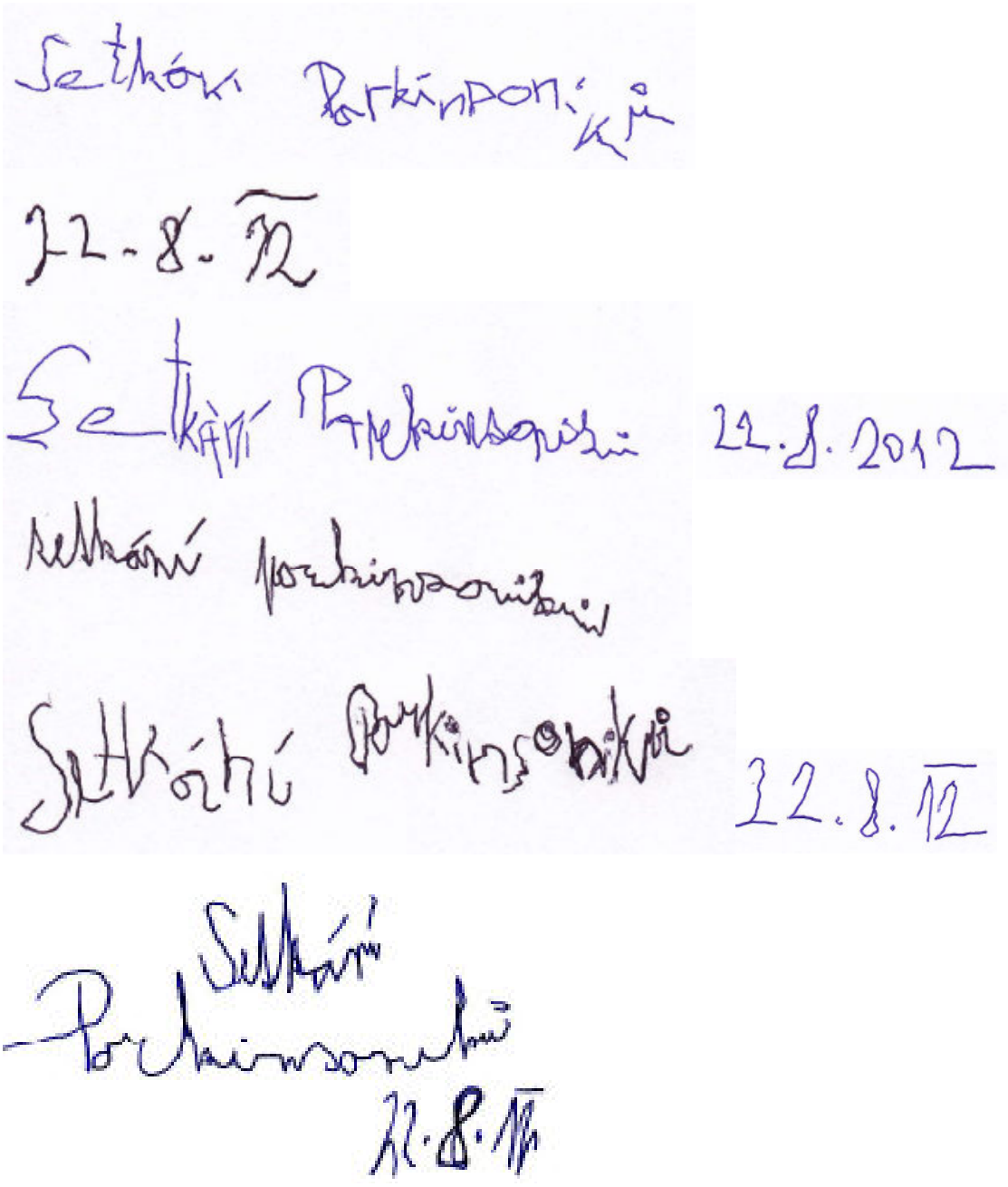
d) cvičení trupu a horních končetin

Zdroj: EDICE MEDICA, 2011.

PŘÍLOHA C

Písmo pacientů s Parkinsonovou nemocí

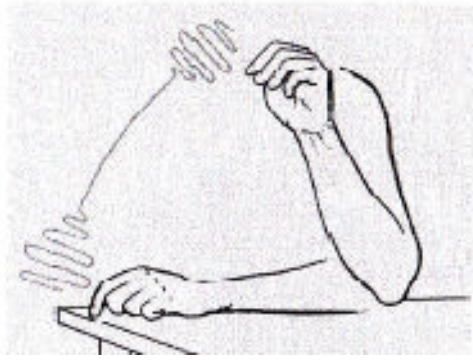
Tyto podklady jsem nasbírala během sezení s pacienty ve Společnosti Parkinson, kde se každý první čtvrtek v měsíci scházejí pacienti s Parkinsonovou nemocí. Během těchto sezení se vyrábí přáníčka k Vánocům, domlouvají se výlety, rehabilitační cvičení a tak dále. Od pacientů jsem dostávala vyrobená přáníčka, na kterých si cvičili svou jemnou motoriku tím, že stříhali různé obrazce a následně je co nejpřesněji lepili k sobě.



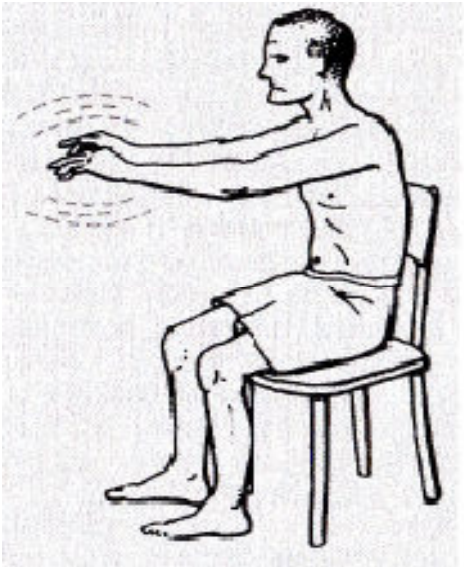
Obrázek 10 - Písmo pacientů s PN

PŘÍLOHA D

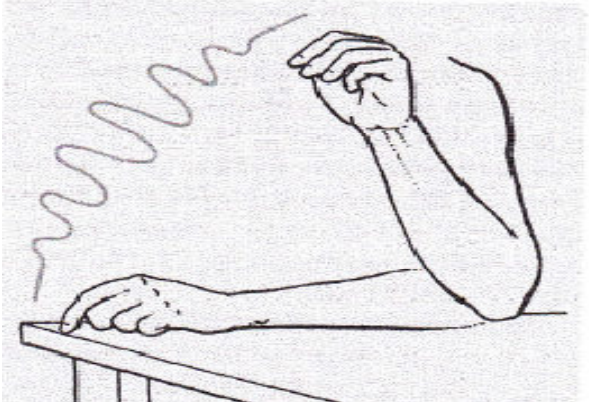
Klinický obraz u pacienta s Parkinsonovou nemocí - tremory



Obrázek 11 - Klidový tremor



Obrázek 12 - Statický tremor



Obrázek 13 - Kinetický tremor

Zdroj: ROTH, Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy, Extrapyramidová onemocnění I., 2000, s. 73).

PŘÍLOHA E

Vyšetřovací metody – testy

Tabulka 1 - Barthelův test základních všedních činností

	Činnost:	**Provedení činnosti:**	**Bodové skóre**
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomocí	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomocí	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Výsledek: Závislost středního stupně

Zdroj: http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx ,

http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf

Tabulka 2 - Hodnocení rizika pádu

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

PACIENT_____ROČNÍK_____DATUM_____

HODNOCENÝ ASPEKT	POPIS	BODOVACÍ SKÓRE
POHYB	NEOMEZENÝ	0
	POUŽÍVÁ POMŮCKY	2
	PTŘEBUJE POMOC K POHYBU	1
	NECHOPEN PŘESUNU	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	NEVYŽADUJE POMOC	0
	NYKTURIE / INKONTINENCE	1
	VYŽADUJE POMOC	1
MEDIKACE	NEUŽÍVÁ RIZIKOVÉ LÉKY	0
	UŽÍVÁ NÁSLEDUJÍCÍ LÉKY: DIURETIKA, ANTIEPILEPTIKA, ANTIPARKINSONIKA, ANTIHYPERTENZIVA, PSYCHOTROPNÍ LÉTKY, BENZODIAZEPINY	1
SMYSLOVÉ PORUCHY	ŽÁDNÉ	0
	VIZUÁLNÍ, SMYSLOVÝ DEFICIT	1
MENTÁLNÍ STATUS	ORIENTOVÁN	0
	OBČASNÁ NOČNÍ DESORIENTACE	1
	DŘÍVĚJŠÍ DESORIENTACE / DEMENCE	1
VĚK	18 - 75 LET	0
	NAD 75 LET	1
PÁD V ANAMNÉZE	NE	0
	ANO	1

HODNOCENÍ STUPNĚ RIZIKA PÁDU	
SKÓRE 3 A VYŠŠÍ	PACIENT JE OHROŽEN RIZIKEM PÁDU

b)hodnocení rizika pádu
Výsledné skóre: 4, pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: http://www.vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php

Tabulka 3 - Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese		
01. Náladа		0 -nemám smutnou náladu
		1 -cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
		2 -jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
		3 -jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
02. Pesimismus		0 -do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
		1 -poněkud se obávám budoucnosti
		2 -vidím, že se už nemám na co těšit
		3 -vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03. Pocit neúspěchu		0 -nemám pocit nějakého životního neúspěchu
		1 -mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
		2 -podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
		3 -vidím, že jsem jako člověk(otec,manžel a pod) v životě zcela zklamal
04. Neuspokojení z činnosti		0 -nejsem nijak zvlášť nespokojený
		1 -nemám z věcí takové potěšení, jako jsem míval
		2 -už mne netěší skoro vůbec nic
		3 -ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení
05. Vina		0 -necítím se nijak provinile
		1 -občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
		2 -mám trvalý pocit viny
		3 -ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
06. Nenávist k sobě samému		0 -necítím se zklamán sám sebou
		1 -zklamal jsem se sám v sobě

		2 -jsem dost znechucen sám sebou
		3 -nenávidím se
07. Myšlenky na sebevraždu		0 -vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
		1 -mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
		2 -často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
		3 -kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
08. Sociální izolace		0 -neztratil jsem zájem o lidi a okolí
		1 -mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
		2 -ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
		3 -ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09. Nerozhodnost		0 -dokážu se rozhodnou v běžných situacích
		1 -někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
		2 -rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
		3 -vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10. Vlastní vzhled		0 -vypadám stejně jako dříve
		1 -mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
		2 -mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
		3 -mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11. Potíže při práci		0 -práce mi jde od ruky jako dříve
		1 -musím se nutit, když chci něco dělat
		2 -dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
		3 -nejsem schopen jakékoliv práce
12. Únavnost		0 -necítím se více unaven než obvykle
		1 -unavím se snáze než dříve
		2 -všechno mne unavuje
		3 -únava mne zabraňuje cokoli udělat
13. Nechutenství		0 -mám svou obvyklou chuť k jídlu
		1 -nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval
		2 -mnohem hůře mi teď chutná jíst
		3 -zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení

00 – 08 event. 09 Norma

09 - 24 Lehká až střední deprese

25 a více Těžká deprese

Výsledek: 10, lehká až střední deprese

Zdroj: http://www.vnl.xf.cz/ose/ose-beckova_stupnice.php

e) Get up and Go test – Jděte, vstaňte, otočte se

Tento test souží k získání přehledu o stabilitě a hybnosti pacienta.

Provedení testu

Pacient se posadí na přiměřeně vysokou židli (tak vysokou, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla na podlaze). Požádáme pacienta aby vstal, ušel cca 5 metrů k určitému vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

Tabulka 4 - Get up and Go test

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	pouze s dopomocí	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorá	pouze s dopomocí, výr. nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavrávorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede

Hodnocení – max. 12 bodů

Výsledek: 6 bodů

Zdroj: http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx

http://ose.zshk.cz/media/p5827.pdf

PŘÍLOHA F

Příběh pacienta

Tento příběh jsem získala od svého pacienta, kterého jsem navštěvovala ještě před tím, než jsem začala psát oficiální ošetřovatelskou anamnézu a proces.

S jeho laskavým svolením přidávám do své bakalářské práce jeho příběh o životě s Parkinsonovou nemocí.

„Já jsem Česťa, je mi 63 let.

Parkinsonova nemoc mi byla diagnostikována myslím kolem roku 1999.

Začalo to tak, že jsem při chůzi do mírného svahu začal pociťovat, že mám dolní polovinu těla jakoby oddělenou a že nohy nedělají to, co bych chtěl. Taky jsem začal pozorovat, že začínám hůře mluvit a to tak, že mě lidé museli žádat o opakování, neboť jsem "drmolil".

Co se týká psaní, tak na začátku řádku to bylo normální, ale potom čím dál menší písmena a na konci řádku už byla jen čára. V té době jsem měl zavedenou firmu s 50 zaměstnanci, což mě taky dost vyčerpávalo a nejvíce se můj stav zhoršil, když jsem se soudil s odběrateli, kteří neplatili. Pokud byla pohoda, tak jsem nepociťoval žádné změny, ale při sebemenším rozrušení nebo když se něco nedařilo, přišel ten stav, že jsem začal zakopávat a někdy i upadl na zem.

Asi po půl roce od zjištění, že není vše v pořádku, jsem měl mít další stání u soudu, ale můj advokát se obával, že tam zase ztropím výtržnost, jako již několikrát předtím, tak mi navrhnul, abych si něco vymyslel a šel marodit. Nemusel jsem si nic vymýšlet, alespoň jsem šel k lékaři, protože jinak bych to pořád odkládal. Při první návštěvě neurologa to vypadalo na následky klíštěte, ale po dvou týdnech vyšetřování mi sdělil, že to bude Parkinsonova nemoc. Do té doby jsem nevěděl, co to obnáší. Doktor mi dal léky na uklidnění, ale po nich bych nemohl jezdit autem, tak jsem je nebral. Šel jsem na další vyšetření do Ostravy, kde se potvrdilo, že se opravdu jedná o Parkinsona, což mě psychicky dost sebralo. Začal jsem se pomalu loučit s normálním životem, firmu jsem předal synům/ mám 3- v té době měli 28,24 a 21 let.

Jak jsem začal poznávat Parkiho (Parkinsonova nemoc), tak jsem začal pozorovat, že na zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu, má velký vliv psychika a pohoda nebo nepohoda, jak v rodině, tak v okolí, mezi přáteli, spolupracovníky. Asi dva roky jsem se vyrovnával s tím, že to bude ještě horší než v začátcích. Pomalu, ale jistě

jsem se horšil, ale díky doktorům jsem získával sebevědomí a snažil se nepřipouštět si Parkiho k tělu. Začal jsem razit heslo -Hlavně, že jsme zdraví, nějaký Parkinson nás nemůže rozházet-. Začal jsem jezdit do lázní, které jsem měl poprvé hrazené pojišťovnou a potom každý druhý rok jsem si lázně hradil sám, což obnášelo něco kolem 24 000kč. Ale stálo to za to. Po lázních jsem se značně zlepšil, což mi vydrželo vždycky asi půl roku. Velký vliv na to mělo i to, že jsem jezdil do lázní v Klimkovicích, kde jsem postupně získával nové přátele ať už z řad parkinsoniků nebo ošetřujícího personálu. Postupně jsem začal brát spousty léků od Viregytu, Staleva, Madoparu až po Mirapexin, Tasmar a další. Také jsem absolvoval dvě klinické studie na různé náplasti a dále klinickou studii zaměřenou na spavost u parkinsoniků.

Co se tedy týče mého psychického stavu…..Čím déle mám Parkiho, tím hůře se s ním přátelím. V některých dnech se mi nechce ani mluvit, protože nemůžu. Špatně se vyjadřuji, moje slova nedávají smysl a tak raději nemluvím vůbec. Jsou dny lepší a jsou dny horší.

Jak šel čas, tak jsem se snažil vyvarovat se těžší fyzické námaze, ale proto, že jsme se přestěhovali do vesnice a ještě do rodinného domu, tak se to vždy nepodařilo a musel jsem dělat hodně vyčerpávající práci kolem domu a tak.

Moje stavy jsou nejhorší ráno, než se rozpohybuju, to trvá tak 3 hodiny, někdy i více a potom večer kolem 21 hodiny, jsem už tak moc unavený.

Když se vrátím o něco zpět, tak v začátcích než jsem si zvykl být připraven na občasné pády, bylo těch boulí a odřenin dost. Při chůzi mi občas vybočila levá nebo pravá noha, což se projevilo dvakrát zlomeným malíčkem na pravé noze a jednou na levé. Při pádech to taky odnesly ruce, jak levá, tak asi za půl roku pravá - vždycky zlomená člunková kost, to jsem měl vždycky na 8 týdnů sádru. V posledních pěti letech jsem upadl jen párkrát, za to vždy tak špatně, že z toho jednou byla přeříznutá šlacha na pravé ruce a nebo nějaké nepěkné rány na obou rukách. Co se týkalo mých kloubů, tak ty moc dobře nesloužily, ani před tím než mi diagnostikovali Parkiho.

Jak šel čas, tak jsem potom v novém domě využil plánované rekonstrukce a místo klasických dveří jsem dal zasouvací, což mi umožnilo lépe procházet. V koupelně jsem vanu nahradil sprchovým koutem, kde jsem si namontoval madla, taktéž na WC. Taky mám zvýšené lůžko, které mi pomáhá si lehat a ráno vstát.

Co se týče mých OFF-stavů, tak ty mívám často, někdy i třikrát denně po hodině až dvou nebo taky týden jsem v pohodě nebo se dostaví dyskinéza, které mě poslední

dobou velice zlobí. Mé OFF stavy beru jako něco, co mě hodně omezuje, ostatně, jako někdy celý Parki.

S Parkim se pokouším žít den co den, jak jen to jde. V posledních dnech to však jde o něco hůř než ve dnech předešlých. Uvidíme, co nám čas přinese dál.“