

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

Ošetřovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE TICHÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Vladimír Horák

Praha 2014



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

Tichá Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí

Nursing Process for Patients with Parkinson Disease

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Vladimír Horák

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezentováním zpřístupnění své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 3. 2014

Podpis

ABSTRAKT

TICHÁ, Lucie. *O-et ovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: MUDr. Vladimír Horák, Praha 2014.

Téma bakalářské práce je O-et ovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část obsahuje historii onemocnění, příznaky, vyšetovací metody a léčbu. Praktická část se zabývá o-et ovatelským procesem, o-et ovatelskou anamnézou, stanovením o-et ovatelských diagnóz a intervencí, realizací a hodnocením.

Klíčová slova

Dopamin. Neurodegenerativní onemocnění. Parkinsonova nemoc.
O-et ovatelské diagnózy.

ABSTRAKT

TICHÁ, Lucie. *Nursing Process for Patients with Parkinson Disease*. The College of Nursing o. p. s., Level of professional qualifications: Bachelor (Bc.): The Supervisor of thesis: MUDr. Vladimír Horák, Praha 2014.

The topic of my bachelor thesis is Nursing Process for Patients with Parkinson Disease. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains a history of the disease, symptoms, diagnostic methods and treatment. The practical part deals with the nursing process, nursing informations about patient, defining nursing diagnoses and interventions, implementation and evaluation.

Keywords

Dopamine. Neurodegenerative disease. Nursing diagnoses. Parkinson Disease.

Obsah

ÚVOD.....	- 7 -
1 PARKINSONOVA CHOROBA.....	- 8 -
1.1 Historie.....	- 8 -
1.2 Výskyt Parkinsonovy nemoci.....	- 8 -
1.3 Patofyziologie Parkinsonovy nemoci	- 9 -
1.4 Klinický obraz	- 10 -
1.4.1 Hypokineze.....	- 11 -
1.4.2 Rigidita.....	- 11 -
1.4.3 Tremor.....	- 11 -
1.4.4 Deprese.....	- 12 -
1.4.5 Pozdní komplikace.....	- 12 -
1.5 Vyšetřovací metody.....	- 13 -
1.6 Léčba.....	- 13 -
1.6.1 Konzervativní léčba	- 14 -
1.6.2 Neurochirurgická léčba	- 15 -
1.6.3 Rehabilitace	- 16 -
1.6.4 Nové léčkové formy	- 16 -
1.6.5 Duodopová pumpa.....	- 17 -
1.6.7 Doplnující léčba.....	- 17 -
1.7 Specifika ošetřovatelské péče.....	- 18 -
1.8 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u PN podle kapesního průvodce	- 18 -
2 KAZUISTIKA.....	- 19 -
3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	- 30 -
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	- 41 -
ZÁVĚR.....	- 42 -
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 43 -
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma šO-et ovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí. Parkinsonovou nemocí trpí v České republice okolo 10 000 lidí. Toto neurodegenerativní onemocnění postihne 1% všech osob starších 60 let. Mnoho z nich však nevyhledá lékařskou péči, nebo parkinsonskou symptomatologii považují za normální projev stáří.

Cílem nám bylo prohloubení znalostí problematiky Parkinsonovy choroby, detailně seznámit tená se s o-et ovatelskou péčí u nemocných s tímto onemocněním, kvalifikovaně pomoci nemocnému, stanovit si cíle o-et ovatelské péče, plánovat péči a nakonec vše zhodnotit.

V teoretické části jsme si dali za cíl nastudovat anatomii mozku, seznámit se s patofyziologií onemocnění, příznaky, poznat vyšetovací metody a nakonec vyčerou léčbu, která je pro toto chronické onemocnění přínosná.

Praktická část byla zpracována za pomoci odborné praxe na neurologickém oddělení, na kterém se pacienti s tímto onemocněním léčí. Zde bylo našim cílem pečlivě sepsat o-et ovatelskou anamnézu z informací získaných od pacienta, sestavit o-et ovatelské diagnózy podle priorit nemocného, sestavit cíle a plán o-et ovatelské péče.

1 PARKINSONOVA CHOROBA

šZákladním mechanismem vzniku a vývoje Parkinsonovy choroby je prohlubující se deficit dopaminu v nigrostriatálním systému. P í ina, pro dochází k úbytku dopaminu, není stále známa.õ (BERGER, 2000)

1.1 Historie

První zmínky o nemoci se symptomy Parkinsonovy choroby byly popsány na Egyptském papyru ve 12. století p ed na-ím letopo tem. Pacienti m li problém s pohyblivostí, t esem a slin ním.

I kdyfl se tenkrát nev d lo, co za onemocn ním stojí, k lé b byla pouflita bylina Mucuna, obsahující dopamin. O tuto chorobu se pozd ji zajímal i Galen. Av-ak popsána byla afl v roce 1817 anglickým léka em Jamesem Parkinsonem. Ten vydal esej o t aslavé obrn , kde podrobn popsal pr b h nemoci u -esti pacient . Nemoc získala název po svém objeviteli v roce 1881, kdy se neurologové za ali o popsané p íznaky podrobn ji zajímat. Následn bylo nalezeno spojení bazálního ganglia s dopaminem a jeho nedostatkem, vyvolávající toto onemocn ní. (ORDINACE, 2012)

V roce 1911 byla syntetizována L-DOPA, anifl by se tu-ilo, fle je základem pro syntézu dopaminu. Také se netu-ilo, jaký vztah má dopamin k Parkinsonov chorob . Teprve v roce 1958 bylo ve Vídni dv ma léka i dokázáno, fle Parkinsonova nemoc je zp sobena chyb ním dopaminu. Roku 1961 se tedy poprvé vyzkou-elo p sobení L-DOPY na pacienty, trpící tímto onemocn ním. Výsledkem bylo zlep-ení, i dokonce úplné upravení stavu nemocných. Tímto bylo také nalezeno e-ení jiných onemocn ní, zp sobené chyb ním ur íté látky v ur íté asti mozku. (BERGER, 2000)

1.2 Výskyt Parkinsonovy nemoci

Parkinsonovou nemocí trpí v eské republice okolo 10 000 lidí. Toto neurodegenerativní onemocn ní postihne 1% v-ech osob star-ích 60 let. Mnoho z nich

v-ak nevyhledá léka skou pé i, nebo parkinsonskou symptomatologii považují za normální projev stá í. (TYRLÍKOVÁ, 2012)

Výjimkou není propuknutí onemocnění před 40. rokem v ku. Týká se to p iblifn 10 % v-ech p ípad . Stejný po et, tedy 10 % pacient , onemocní po 70. roce flivota. (ROTH, 2005)

Afl 40% parkinsonik je následn postifeno Alzheimerovou nemocí. Mortalita se pohybuje od 0,5 - 3,8 p ípad na 100 tisíc obyvatel. Hor-í prognózu mají pacienti s rozvojem demence nebo s po átkem nemoci ve vy-ím v ku (TYRLÍKOVÁ, 2012).

Za posledních 50 let se zvý-il po et nemocných Parkinsonovou chorobou. Mírn tato nemoc p evafluje u mufl . V Evrop se po et nemocných pohybuje mezi 84 afl 187 tisíci nemocnými na 100 000 obyvatel. Výzkumy ukazují, fle v Africe i Japonsku je t chto nemocných výrazn mén . M fle to v-ak být zap í in no rozdílnou úrovní studií a sociáln -ekonomických podmínek.

Nebylo dokázáno, fle by nap íklad zp sob stravování, společná vrstva, vzd lání, zam stnání i po flívání alkoholu, n jak ovliv oval vznik Parkinsonovy choroby (ROTH, 2005).

Podle Lindsaye nehraje roli genetická výbava. Tento fakt byl zji-t n p i pozorování identických dvoj at, kdy jedno m lo Parkinsonovu nemoc (LINDSAY, 2007) .

1.3 Patofyziologie Parkinsonovy nemoci

šParkinsonova choroba je d sledkem sníflené tvorby dopaminu z odumírání dopaminergních neuron v substantia nigra.õ (SEIDL, 2008)

K pohybu je zapot ebí spolupráce mnoha oblastí mozku. Hlavní funkci zde mají bazální ganglia. Jde o shluky nervových bun k v mozkových hemisférách. Bu ky nervového systému spolu komunikují za pomoci synapse. Mezi konci nervových

výběh se nachází mikroskopický prostor, zvaný synaptická štěrba. Do té se za pomoci elektrického napětí uvolní z jedné buňky transmitery (nervové přenosové). Transmitter se poté zachytí na receptoru umístěném na membráně druhé buňky. Receptor má bílkovinnou strukturu, která je vždy citlivá jen pro jeden transmitter.

Parkinsonova nemoc vznikne snížením tvorby jednoho transmitteru, a to látky nazývané dopamin. Buňky v substantia nigra, které dopamin vyrábí, odumírají. Není však dosud známo, proč se tak děje. Toto je jedna z hlavních příčin, dále také dochází v mozku ke změně jiných transmitterů, například serotoninu.

Parkinsonova choroba se projeví, pokud odumře minimálně 50 % buněk vyrábějících dopamin v substantia nigra a hladina dopaminu klesne o minimálně 70 až 80 % z původního množství (ROTH, 2005).

1.4 Klinický obraz

Parkinsonova nemoc má tři základní příznaky, jsou to hypokineze, rigidita a tremor. Tyto tři příznaky se objeví po několika měsících či letech od propuknutí netypických příznaků, které ani tak nejsou popisovány Parkinsonovou nemocí. Jedná se o bolesti zad, ramen, pocit těžkosti dolních končetin, zácpa, deprese a zhoršení písma. Hypokineze, rigidita a tremor však nemusí být u všech pacientů, stejně tak se tyto příznaky nemusí objevit současně (SEIDL, 2008).

Hypokineze je vedle tělesu nejvýznamnějším příznakem. Jde o absenci nebo redukci volní i automatické hybnosti způsobené poruchou zahájení i provedení pohybu. Pohyb je zpomalený, někdy pacient strne před dokončením pohybu. Chůze je pomalá a tichá. Obličej je nehybný a maskovitý, nemění se s emocemi, mrkání je méně časté. Chůze je neuvěřitelně s malými kroky. Při chůzi chybí synkinézy horních končetin, které zůstávají v klidu, například při páhnutí. Rigidita je nejvíce vyjádřena na svalech ohýbajících končetiny a trup. Proto je držení těla charakterizováno pevností svalů. Pacienti mají hlavu ale i trup v předklonu, horní končetiny jsou více či méně ohnuté. Tremor je pravidelný a rytmický pohyb vytvářený postupnou opakovanou kontrakcí agonistů a antagonistů. Parkinsonský tremor je klidový, volní hybnost jej tlumí. Tremor je obvykle dost hrubý a pravidelný. Častěji je na horních končetinách a projevuje se zejména

na prstech, kde připomíná požitání peněz. Těs mizí při relaxaci a spánku, naopak jej provokuje úsilí a tenze. Dalšími příznaky jsou vegetativní potíže, které mají různý charakter. Časté je zvýšené slinění a pocení, obzvláště v obličejí. Nemocný také trpí na zácpu. Psychické potíže jsou různorodé. Pacienti často trpí depresemi. U téměř poloviny pacientů nastává v pozdních stádiích onemocnění úbytek mentálních funkcí, který může pozvolna vést až k demenci. (TYRLÍKOVÁ, 2012)

1.4.1 Hypokineze

Hypokineze u Parkinsoniků je na první pohled viditelná. Nemocný má maskovitý obličej, na kterém se neprojevují emoce. Dalšími známkami hypokineze je znenádhé ochuzení gestikulace. Chůze je pomalá s neschopností překročit překážky. Pokud se chce nemocný zvednout ze židle, těžko rozejít, nezvládne tento zamýšlený pohyb vykonat. Po vykročení cupitá na místě, jeho postoj je velmi vratký a trvá určitou dobu, než se rozejde a jeho chůze je jistější. Kroky jsou však krátké a navíc chybí souhyby horních a dolních končetin. Při udávání tempa chůze tleskáním v rytmu se mnohdy chůze zlepšuje a kroky se prodlouží.

Problémy mají nemocní také v noci. Budí se, jelikož nemohou zaujmout jinou polohu. Tyto problémy velmi znesnadňují především spánek a často vedou k nespavosti (BERGER, 2000).

1.4.2 Rigidita

Rigidita, nebo také svalová ztuhlost, se projevuje zvýšením svalového tonu. Napjatý sval klade zvýšený odpor při innosti. Rigidita je přirovnávána k chůzi v hluboké vodě. Ztuhlost je důsledkem nedostatku dopaminu v bazálních gangliích. Projevy jsou v těle nesymetrické. Postihují jednu polovinu těla, na druhé polovině je více přítomná. Tím dochází k nepřijemné bolesti, pacient dopadá jen na jednu končetinu a hybnost je značně znesnadněna. (ROTH, 2005)

1.4.3 Tremor

Těs je nejznámějším příznakem Parkinsonovy choroby. U malého procenta se však nemusí objevit na začátku ani v průběhu onemocnění. Typický je těs končetin,

tráse hlavy je velmi vzácný. Ústní je na horních končetinách a projevuje se zejména na prstech, kde připomíná požitání peněz. Vyskytuje se především v klidu, kdy se nemocný nehýbe a ruce má podél těla i volně položené. Při aktivním pohybu trásení mizí. Naopak při stresových situacích, rozrušení, strachu a úzkosti se stupňuje.

Tento viditelný příznak je obtížně snášen pacienty a je příčinou sociální izolace nemocných (ROTH, 2005).

1.4.4 Deprese

Šedesát procent deprese postihuje nejméně 50% pacientů a je tak v běžné ústní psychickou komplikací Parkinsonovy nemoci. (ROTH, 2005)

Deprese se projevuje hlubokým smutkem, marností, apatií, ztrátou chuti k jídlu, nespavostí nebo hubnutím. Může se objevit u pozdních příznaků Parkinsonovy nemoci, nebo kdykoli v jejím průběhu. (ROTH, 2005)

1.4.5 Pozdní komplikace

Pozdní komplikace se týkají pravděpodobných změn receptorů, které po několikaleté léčbě nefungují tak, jak by měly. Dochází ke zkrácení doby účinku levodopy, která je pacientovi podána a hybnost se po vyprchání doby účinku prudce zhorší. Někdy mají nemocní pocit, jakoby lék vůbec neúčinkoval. Také se objevují mimovolní pohyby. Končetiny, obličejové svaly a někdy i trup se zánětlivě nekontrolovatelně kroutí a třesou. (ROTH, 2005)

S pozdními příznaky Parkinsonovy nemoci se setkává velká většina pacientů. Ze zkušeností vyplývá, že to je přibližně pět až deset let od prvních příznaků. Pozdní příznaky se dělí na motorické a nemotorické. Mezi motorické patří kolísání stavu hybnosti, takzvané fluktuace. Do nemotorických patří deprese, kognitivní poruchy, halucinace a poruchy autonomních funkcí, například zácpa a nadměrné slinění (SPOLEČNOST PARKINSON, 2013).

1.5 Vyšetřovací metody

Diagnostika je založena především na klinickém vyšetření. Pravidelně je nutné docházet na vyšetření k psychologovi. Zobrazovací techniky (počítačová tomografie, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie), mají praktický význam pro lokalizaci atrofických procesů v mozku. Z elektrofyziologických metod lze pomocí polyelektromyografie analyzovat tremor více do detailu. V diagnostice demencí doprovázenou parkinsonskou symptomatologií, se uplatňuje vyšetření kognitivních evokovaných potenciálů. Dále se diagnostikuje porucha vegetativní inervace hladkého svalstva pomocí elektromyografie a testu na ortostatickou hypotenzi. Nejspolehlivější metoda vychází ze zjištění, že asi 80% nemocných s pouhým Parkinsonským syndromem nereaguje pozitivně na dopaminergní terapii nebo reagují pouze přechodně, na počátku onemocnění. Odeřídá se tedy klinická odpověď na tabletu levodopového preparátu, anebo na subkutánně podaný apomorfín, které jsou naopak účinné u Parkinsonovy choroby. Důležitý je též rozhovor s pacientem. Lékař se ptá na subjektivní pocity, především na potíže se vstáváním ze židle, problémy s udržení rovnováhy, těsně, zejména změnu velikosti psaného písma a na reakce a postavení blízkého okolí zejména fyzického stavu nemocného (TYRLÍKOVÁ, 2012).

1.6 Léčba

Pro léčbu Parkinsonovy choroby se dá využít široké spektrum účinných léků. Léčba je však složitá a je zapotřebí zkušeného lékaře. Nevhodný výběr léků může způsobit nekompenzovaný stav (SEIDL, 2008).

Hlavním cílem terapie je zmírnit obtíže a vylepšit kvalitu života. Parkinsonova nemoc se nedá vyléčit žádným lékem ani metodou. Základem je farmakologická a nefarmakologická léčba (SPOLEČNOST PARKINSON, 2013).

1.6.1 Konzervativní léčba

Šňedostate ná dopaminergní funkce je potencována jednak substitucí L-dopy, tj. prekurzorem dopaminu, který prochází hematoencefalickou bariérou, jednak agonisty dopaminových receptorů. L-dopa je nejúčinnějším lékem na Parkinsonovu chorobu. ŠňP esné dávkování omezuje neřládnou úinky, které jsou frekventní a často závažné (TYRLÍKOVÁ, 2012).

Léky určené na léčbu Parkinsonovy nemoci se rozdělují na několik skupin. Léky základní, co dodávají chybějící dopamin, předátné léky, které mají metabolismus levodopy a dopaminu a na léky pomocné, které ovlivňují vedlejší příznaky a komplikace.

Zásadní lék, který ovlivňuje kvalitu života pacientů s Parkinsonovou nemocí je L-dopa (levodopa.) Levodopa je předírozená látka, která snadno proniká do krevního oběhu a do mozku, kde enzymatickou předemnou vzniká dopamin. Dopamin, sám o sobě dodávaný do těla, by v krvi předobil na srdce a krevní tlak a také by se hě dostával do mozku. Po předání levodopa potlačuje základní příznaky Parkinsonovy nemoci, to je zejména třes, rigidita a hypokineze. Z předátku léčby se nemocnému předává 50mg levodopy denně a dávka se pozvolna zvyšuje. Znatelné úinky však nastupují až po několika týdnech léčby, kdy se množství levodopy dostane na 300 až 400mg za den. Léčba levodopou má i své vedlejší úinky a komplikace. Mezi vedlejší úinky patří kolísání krevního tlaku a srdeční činnosti, nevolnosti a zvracení. Tyto neřládnou komplikace se objevují předevněm z předátku léčby a je možné je odstranit uříváním domperidonu.

Jednou z dalších možností léčby jsou antagonisté dopaminu. Tyto látky se snadno dostávají z krevního oběhu do mozku, ale nepotřebují další předemnu. Předestopobí na receptory jako dopamin. Antagonisté dopaminu se vyřívají předevněm u komplikací pokročilé Parkinsonovy nemoci.

Pomocné léky, vyřívané k doprovodným příznakům Parkinsonovy nemoci, jsou léky potlačující vedlejší úinky levodopy, jako je zvracení a kolísání krevního

tlaku. Na blokování těchto potíží se používá domperidonu, který blokuje receptory pro dopamin na střevní trávicí trubici a v srdci. Dalšími pomocnými léky jsou antidepresiva. Ty pomáhají zpodobem, především mechanismy zvyšují počet nervových přenosů v mozku, kterých je vlivem onemocnění nedostatek. Po nástupu účinné léčby, který trvá kolem 1 až 2 týdnů, se nemocným výrazně psychicky uleví. K maximu antidepresivního účinku dochází po 3 až 4 týdnech, kdy se dostatečně obnoví nervové přenosy. (ROTH, 2005)

1.6.2 Neurochirurgická léčba

K neurochirurgické léčbě se přechází tehdy, kdy perorální léčba selhává. Nejde o úplné vyléčení Parkinsonovy choroby, ale o zlepšení kvality života. Ne u všech pacientů však lze tyto zákroky provést. Předpokladem úspěšné operace je spolupráce ze strany pacienta a především jeho trpělivost během operace a v pooperačním období (SPOLEČNOST PARKINSON, 2013).

1.6.2.1 HLUBOKÁ MOZKOVÁ STIMULACE (DBS)

Stimulační léčba (DBS) pomocí elektrod zavedených do bazálních ganglií je účinnou metodou pro léčbu hybných symptomů a komplikací léčby u pokročilé Parkinsonovy choroby. Zdroj proudu, baterie, je implantován pod levý klíček a její životnost je 5 let, poté se mění. DBS léčí parkinsonskou symptomatologii v mnoha aspektech a umožňuje redukci medikamentózní léčby. Stimulace jádra talamu blokuje třes, stimulace vnitřního palida dyskinézy a stimulace nucleus Subthalamicus zlepšuje hypokinezu. (TYRLÍKOVÁ, 2012)

Při tomto výkonu je výhodou, že není nikož poškozen mozek. V první fázi operačního výkonu se zavádí do mozku elektrody, bez použití celkové anestezie a za spolupráce pacienta. V druhé fázi se implantují stimulatory. Tato část přichází týden po zavedení elektrod. Po operačním výkonu je nutné nejméně 4 týdny vykat, než bude možno zahájit stimulaci. První týdny, dokonce i měsíc, se upravuje nastavení stimulatoru, nemocný tedy musí být trpělivý při čekání na pozitivní výsledky léčby (TYRLÍKOVÁ, 2012)

1.6.2 STEREOTAKTICKÉ LÉZE

Cílem tohoto výkonu je cílené drobné poškození v místech bazálních ganglií, kde se potlačí nadměrná aktivita, která může vést ke zlepšení hybnosti. Nemocný není v celkové anestezii, pouze se provede znecitlivnění kůže a okolí okostice, kam se na dobu operace připevní rám a navrtaným otvorem se do mozku zavede elektroda. Stereotaktická léze zmírňuje nebo odstraňuje příznaky tím, že poruší drobný okrsek bazálních ganglií (TYRLÍKOVÁ, 2012).

1.6.3 Rehabilitace

Nedílnou součástí léčby parkinsoniků je fyzioterapie, zejména cvičení. Patří k ní i například zvláštní protokoly pro kompenzaci poruch chůze. Důležitý je také nácvik sebeobsluhy. V žádném případě se pacient nesmí přestat hýbat (TYRLÍKOVÁ, 2012).

S pohybem je nutné začít již ráno po probuzení. Nejlepší je také cvičit v době, kdy účinkují léky, a ve které pohyby jsou uvolněnější a více jde snadněji. Parkinsonici by měli rehabilitovat alespoň 3x denně po dobu 15 minut. Ke cvičení je vhodné volné oblečení, aby neomezovalo při pohybu.

K uvolnění mimických svalů se doporučuje vdechování výparů ze sklenice s octem. Nemocnému se poté lépe hovoří, mimické svaly jsou volnější.

Psaní tužkou pomáhá rozvíjení horních končetin. Provádí se rýmové pohyby horních končetin, vytěsňování dlaní a sevření rukou v přímce s následným natažením prstů. Následně se procvičuje úchop tužky a kreslení čar, kroužků a vlnovek na papír, až se pomalu dojde k písmu (ROTH, 2005).

1.6.4 Nové lékové formy

Mimo standardní perorální a injekční terapii se zavádí nové lékové formy, které mají zvýšit účinnost léčby zejména v pozdních stádiích nemoci. Zavádí se kontinuální aplikace apomorfínu subkutánně s pomocí přenosné minipumpy. Dále aplikace transdermální náplasti, která se může aplikovat i v pozdních stádiích onemocnění. (TYRLÍKOVÁ, 2012)

Perorální léky mají pozvolný nástup účinku. Záleží vždy na rozkládání léku v žaludku. Parkinsonici s poruchami zažívacího traktu by tedy měli dodržovat hodinovou pauzu mezi jídlem a lékem. Proto se hledají nové lékové formy, které obejdou zažívací trakt.

Nejnovejší metodou, zatím ve stádiu testování, je dodávání L-dopy inhalační. Látka se vstříkává do nosu a její účinek nastane za 5 až 15 minut. Výsledný efekt trvá po dobu 60 až 90 minut. Tato metoda by měla velice působivě vyúfít u ranních ztuhlostí, nebo u některých ztuhlostech během dne (SPOLEČNOST PARKINSON, 2013).

1.6.5 Duodopová pumpa

Tento typ léčby je vhodný pro pacienty ve stadiu pozdních hybných komplikací, kteří nejsou vhodnými kandidáty pro jiné metody léčby, nebo pokud byly všechny vyčerpány. Duodopa je gel s jinou látkou levodopa, která se podává přímo do tenkého střeva. Tam se vstřebává do krve a krví se dostane do mozku. Tím je zajištěno okamžité a plynulé vstřebávání levodopy a nedochází k jejímu hromadění v žaludku (PARKINSON, 2013).

Do tenkého střeva se duodopa dostane pomocí zavedené perkutánní endoskopické jejunostomie (PEG). Pomocí peritoneální pumpy se tak duodopa dostává kontinuálně přímo do tenkého střeva. Každé ráno se do pumpy nasadí nová kazeta s duodopou. Před hygienou a před spaním se vypne a poté se odpojí od pacienta (PATIENT, 2013).

1.6.7 Doplnující léčba

V současné době se projednává dostupnost konopí na lékařský předpis v lékárnách, a to pouze na léčebné účely. Účinky konopí na Parkinsonovu chorobu byly zkoumány. Zhruba polovina nemocných užívající perorální konopí k doplnující léčbě upozorovala útlum symptomů onemocnění. Došlo ke zmírnění tresu a ke zlepšení hybnosti a svalové ztuhlosti. Toto zlepšení se ukázalo po 7 týdnech pravidelného perorálního užívání (KONOPTIKUM, 2013).

Dále se jako doplněk léků by doporučí jiná dvoulaločná a další nootropní látky, které umožní zvýšené využití glukózy a kyslíku v nervových buňkách centrálního nervového systému a působí se k normalizaci mentálních funkcí.

1.7 Specifika ošetřovatelské péče

Ošetřovatelská péče Parkinsonovy nemoci je poměrně náročná. Je potřeba vést pacienta k soběstačnosti. Samozřejmostí je holistický přístup. Důležitá je bezpečnost pacienta. Porucha chůze a stability může způsobit pád. Je tedy potřeba zajistit preventivní opatření proti pádu a poučit pacienta o dopomoci druhé osoby. Dále je nutné pravidelně podávat léky, které jsou rozasované po pár hodinách do celého dne. Vynechání může způsobit nekompenzovaný stav, kdy se pacient bude těžko pohybovat.

1.8 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u PN podle kapesního průvodce

Chůze porušená v důsledku neuromuskulární poruchy (svalová slabost, tedy, bradykineze) a muskuloskeletálního postižení (kloubní rigidita) se projeví neschopností pohybovat se v prostředí podle plánu a častými pády.

Polykání porušené souvisí s neuromuskulární poruchou/svalovou slabostí a projeví se stížnostmi na obtížné polykání či zjevně narušeným polykáním, slinivým a příznaky aspirace (dušením, kašlem).

Komunikace verbální porušená je způsobena svalovou slabostí a inkoordinací a projeví se zhoršenou artikulací, obtížemi s fonací a změnami rytmu a intonace.

Péčovatelská role, riziko přetížení: rizikovými faktory jsou závažnost nemoci pacienta a jeho psychické/kognitivní problémy, partner pacienta v roli pečovatele, časová náročnost péče a nedostatek rozptýlení/interakce u osoby poskytující péči. Projeví se pocitem stresu a ústředností, nedostatkem zdrojů podpory a konfliktem v rodině (DOENGES, 2001).

2 KAZUISTIKA

Pacient byl hospitalizován od 3. do 19. 12. 2012 na Neurologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice. Pacient byl přijat pro sledování účinnosti léčby a pro případnou úpravu medikace. O pacienta jsem se starala 5 dní, a to od 10. do 14. 12. 2012, v rámci praktického využití.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:

Jméno a příjmení: XY	Pohlaví: muž
Datum narození: 1952	Věk: 61
Adresa bydliště a telefon: -----	
Adresa příbuzných: -----	
Rodné číslo: -----	Číslo pojistovny: 111
Vzdělání: vyučen	Zaměstnání: invalidní důchodce
Stav: svobodný	Státní příslušnost: R
Datum přijetí: 3.12. 2012	Typ přijetí: plánovan
Oddělení: Neurologie	Ošetřující lékař : XX

Indikace k přijetí udávaný pacientem:

Úprava léčby na Parkinsonovu nemoc.

Medicínská diagnóza hlavní:

Parkinsonova nemoc ve stadiu pozdních hybných symptomů (od roku 2000)

Medicínské diagnózy vedlejší: Lehká demence u Parkinsonovy choroby

Ischemická choroba srdeční

Stav po infarktu myokardu

Stav po Bypass 2006

DM na perorálních antidiabetikách

Hypothyreóza

VITÁLNÍ FUNKCE P I P IJETÍ

TK: 130/60 mmHg

Vý-ka: 1,79 m

P: 75´

Hmotnost: 74 kg

D: 17´

BMI: 23 ó norma

TT: 36,5°C

Pohyblivost: lehce závislý na pomoci

Stav v domí: p i v domí

Krevní skupina: A

Nyn j-í onemocn ní: Parkinsonova nemoc

Informa ní zdroje: pacient, dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: + 75 let, CMP

Otec: +70 let

Sourozenci: nemá

D ti: nemá

Osobní anamnéza:

P ekonané a chronické onemocn ní: ICHS, Stav po IM, DM 2.typu

Hospitalizace a operace: Bypass 2006

Úrazy: neudává

Transfúze: řádné

O kování: b řlná, nepamatuje si

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ciprallex	Tbl.	10mg	1x denn v 18 hod.	Antidepressivum
Exelon	Tbl.	6mg	0-1-1 ve 12	Parasympatomimetium

			a 18 hod.	
Furon	Tbl.	40mg	½ v 18 hod.	
Anopyrin	Tbl.	100mg	0-0-1 v 18 hod.	Antiagregancium
Metformin	Tbl.	850mg	0-1-1, ve 12 a 18 hod.	PAD
Atoris	Tbl.	20mg	0-1-0 ve 12 hod.	Antihyperlipidemikum
Preductal MR	Tbl.		0-1-1 ve 12 a 18 hod.	Antiischemikum
Euthyrox	Tbl.	100mg	0-0-1 v 18 hod.	Hormony -títné flázy
Ortanol	Tbl.	10mg	0-1-0 ve 12 hod.	Antiulcerózní látka
Sorbifer			0-1-1 ve 12 a 18 hod.	Antianemikum
Duodopa	Gel ke gastroenterálnímu podání do PEG přes pumpu.		V 6 a 22 hodin	Antiparkinsonikum
Ringer v roztok	Infúzní roztok, i.v.	500ml	V 6 a 14 hodin	Elektrolyty

Alergologická anamnéza:

Léky: --

Potraviny: --

Chemické látky: --

Jiné: --

Abúzy:

Alkohol: p íleflitostn víno i pivo

Kou ení: nekou í

Káva nepije

Léky: neužívá

Jiné drogy: nikdy nebral

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: neuvádí

Samovyšetření varlat: neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: svobodný, bezdětný

Bytové podmínky: Bydlí v Domově pro seniory

Vztahy, role a interakce v rodině: nemá rodinu, celý život se v manželství

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: dříve společenský, dnes je rád sám

Záliby: zpívání, poslech hudby, sportovní přenosy v TV, tenis

Volnočasové aktivity: v Domově pro seniory se zúčastňuje cvičení, procházek

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: dříve operetní zpěvák

časopisování, čas odchodu do důchodu, jakého: invalidní důchod od roku 2000

Vztahy na práci-ti: v době, kdy chodil do práce výborné

Ekonomické podmínky: dluhy nemá, pobírá invalidní důchod

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: celý život je ateistou

POSOUZENÍ SOUTAŽNÉHO STAVU ze dne 10. 12. 2012

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	šObčas se mi zamotá hlava, musím vstávat pomalu.õ	Uši, nos bez sekrece. Zornice izokorické. Chrup vlastní, úplný. Pulzace karotid fyziologická. Mimovolní pohyby mimických svalů.
Hrudník a dýchací systém:	šNemám žádné potíže s dýcháním.õ	Hrudník symetrický. Dýchání sklípkové, oboustranné. D: 17/min. eupnoe
Srdce a cévní systém:	šSe srdcem jsem byl na operaci, beru na něj léky. Mám infarkt.õ	Stav po IM, Bypass před 7 lety. TK: 130/60 mmHg norma P: 75÷norma
Blahobytí a GIT:	šNa toaletě chodím pravidelně ráno. Nebojí mě nic.õ	Blahobytí normální, volně prohmátné, bez rezistencí. Peristaltika přítomná. Stoličky pravidelné bez přítomnosti PEG. Dieta 9.
Mocný a pohlavní systém:	šObčas nestihnu doběhnout na záchod.õ	Pacient se občas pomůže do lůžka, nestihne dojít na WC.

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kosterní a svalový systém:	šObčas mám problém se rozejít, tělo mi nechce poslouchat. Doma jsem párkrát upadl.õ	Problémy s pohyblivostí díky základnímu onemocnění. Barthelové test poukazuje na lehkou závislost na personálu. Vysoké riziko pádu.
Nervový systém a smysly:	šSlyším dobře, brýle nosím na tení.õ	Test rukou, mimovolní pohyby obličejových svalů. Sluch bez potíží. Brýle na tení.
Endokrinní systém:	šTo mám asi v pořádku.õ	Hypothyreóza, dodávání hormonální náhrady v podobě Euthyroxu.
Imunologický systém:	šNestonám nijak často.õ	Bez problémů.
Kůže a její adnexa:	šNemám žádné problémy s kůží.õ	Kožní turgor přítomný. Pocení v normě. Dle Nortonové pacient není ohrožen vznikem dekubitů.

Poznámky z t lesné prohlídky:

Problémy s pohyblivostí a t es rukou, vycházející z onemocnění. Dodávání hormon –títné flázy. Ob asná inkontinence.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	šJím pravideln , mám rád ovoce, hlavn mandarinky, ale na cukrovku moc nesmím.õ	Pacient má diabetickou dietu. Stravuje se pravideln , dle podávání jídla v Domov pro seniory.
	v nemocnici	šMáte to tu podobné jako u nás v Domov .õ	Diabetická dieta. Chu k jídlu má.
P íjem tekutin:	doma	šVypiju asi 2 litry.õ	Nemocný vypije v domácím prostředí 2 litry.
	v nemocnici	šStejn jako doma.õ	Hydratace p im ená. Pacient pije sám a dostate n .
Vylučování mo e:	doma	šDoma mám záchod blíž než tady v nemocnici. Nemám žádné problém.õ	V Domov má WC v koupeln na pokoji. Neudává žádné problémy s mo ením, ani s pomo ováním.
	v nemocnici	šOb as to tak rychle p ijde, že to nestihnu na záchod.õ	Nemocný se ob as pomo í do l flka. Mo ovou lahev odmítá používat.
Vylučování stolice:	doma	šDoma chodím pravideln õ	V Domov pro seniory chodí pravideln na stolici.
	v nemocnici	šNemám tu se stolicí problém.õ	Stolice je pravidelná.
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bd ní:	doma	šDoma spím dob e asi 8 hodin. Už se t ím na svou postel.õ	V domácím prostředí je pacientovi nejlépe.
	v nemocnici	šV noci se probouzím. Moc toho nespím, tak musím odpo ívat p es den.õ	Pacient se v noci probouzí. Léky na spaní v-ak nepofladuje. Po ob d si rád odpo ine.

Aktivita a odpovědi:	doma	šDoma chodím na společné cvičení s ostatními.õ	Je aktivní v rámci programů v Domově pro seniory.
	v nemocnici	šPoslouchám tu hudbu, občas kouknu na televizi.	Přes den se nemocný dokáže zabavit. Odpovídá po obědě.
Hygiena:	doma	šDoma je u mých vředy, když se sprchuju.õ	Na pacienta vředy dohlíží někdo z ošetřovatelského personálu.
	v nemocnici	šDojdu tam a sestřička mě kontroluje, abych neuklouzl.õ	Pacient je spíše soběstačný, stačí pouze dohled.
Soběstačnost:	doma	šDoma to zvládám, sestřičky mi pomohou, když potřebuji pomoc.õ	V Domově pro seniory zvládá běžné denní činnosti, o pomoc si v případě potřeby zažádá.
	v nemocnici	šKdyž potřebuji pomoc, zazvoním si.õ	Pacient potřebuje dohled a občasnou pomoc.

Posouzení psychického stavu

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
V domě:		šTo nemám žádné potíže.õ	Přijímá domov.
Orientace:		šVím, kde jsem.õ	Ví, kde je, co je za den v týdnu, datum si nepamätuje.
Nálada:		šObčas se naštve na sestřičky.õ	Proměnlivá, nemocného často rozezlí pokyny personálu.
Paměť:	staropaměť	šVzpomínám, když jsem byl mladý.õ	Nemocný si pamätuje, dokáže vyprávět včasná dějství.
	novopaměť	šNěkdy zapomenu na to, co jsem měl ke snídani.õ	Porušená, občas má potíže. Včasná je nutné často připomínat, opakovat.
Myslení:		šMyslím si to.õ	Záleží na situaci, vzhledem k lehké demenci.
Temperament:		šJsem naštvaný, když pomůžu někomu.õ	Cholerik.
Sebehodnocení:			Nezjištěno.
Vnímání zdraví:		šJsem nemocný, lepší už to není.õ	Ví, že je nemocný a musí být

		nebude.õ	v nemocnici.
Vnímání zdravotního stavu:		šUfl nejsem nejmlad-í.õ	Pacient se jeví, jako smí ený s onemocněním.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:		šJsem s tím smí ený.õ	Smí ený.
Reakce na hospitalizaci:		šChci být doma, tady se mi nelíbí.õ	Problémy se spánkem.
Adaptace na onemocnění:		šAkorát mi vadí, fle se mi ob as -patn chodí.õ	Pouze p i zhor-ení si nemocný post fluje, jinak je smí ený.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):		šUfl abych se vrátil dom , chci mít sv j klid.õ	asto se ptal, kdy ufl p jde dom , stýskalo se mu.
Zku-enosti z p edcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srorrigenie):		šNikdy jsem v nemocnici nic takového nezaffil.õ	Neuvádí.
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	š TM patn mluvím.õ	Nemocný obtífln verbáln komunikoval.
	Neverbální	šMoc mi to nejde.õ	Vzhledem k základnímu onemocnění nevýrazná verbální komunikace v etn mimiky obli eje.
Informovanost:	o onemocnění	šVím, fle jsem nemocný, proto se mi h chodí.õ	Uv domuje si onemocnění, je informován.
	o diagnostických metodách	šMám tu pumpu, tady mi to v-echo upraví, aby to správn fungovalo.õ	Ví, fle je hospitalizován k úprav stavu a ke sledování projev nemoci.
	o specifikách o-et ovatelské pé e	Nezji-továno.	Nezji-ováno.
	o lé b a diet	šMám tu pumpu, to mi dává léky p ímo do flaludku.õ	Ví, fle šta pampaõ je proto, aby se mu lépe chodilo.

	o délce hospitalizace	šUfłchci být doma.õ	Nemocný se často ptá, kdy půjde domů. Smlouvá.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	primární role (související s včkem a pohlavím):	Pacient nevím, co odpovídá t.	Pacient neví, co odpovídá t.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	šNemám děti.õ	Nemá rodinu, nikdy neměl děti. Dříve byl rád ve společnosti, teď je rád jen sám.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	šNo rád si tu, lu-tím křívky a zpívám.õ	Povoláním dříve operetní zpěvák, zpívá je zároveň jeho zálibou.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: glykemie 3x denně

Výsledky 10. 12. : ráno 9,8 mmol/l odpoledne 9,2 mmol/l večer 8,8 mmol/l

Konzervativní léčba:

Dieta: .9

Pohybový režim: bez omezení avšak s opatrností

RHB: s fyzioterapeutem

Medikamentózní léčba:

- per os: Cipralex, Exelon, Furon, Anopyrin, Metformin, Atoris, Preductal MR, Euthyrox, Ortanol, Sorbifer
- intra venózní: Ringer 500ml
- per rectum: ---
- jiná: Duodopa přes Duodopovou pumpu do PEG.

Chirurgická léčba: žádná

SITUA NÍ ANALÝZA:

Pacient XY s Parkinsonovou nemocí, přijat k úpravě medikace. Bydlí v Domově pro seniory. Invalidní chodce, bezdětný, svobodný. Alergie fládná. V den sběru informací 8. den hospitalizace. Pacient lehce dementní, orientovaný, spolupracuje dle nálady, která je velice proměnlivá. Občas nechápe souvislosti, potřebuje neustále edukovat, připomínat zásady léčebného režimu, dohled při hygieně a oblékání. Potíže s pohyblivostí, riziko pádu. Zavedený PEG, k němu připojena duodopová pumpa. Pacient hydratovaný, dieta diabetická. Spánek porušený, porucha verbální komunikace.

PRŮBĚH HOSPITALIZACE:

1. den Při prvním setkání s panem XY jsem si všimla jeho vzhledu. Nemocný se mi jevil jako postarší pán, spíše upravený. Na první pohled jsem si všimla potíží s eň, kterou doprovázely mimovolní pohyby obličejových svalů. Již z dokumentace jsem věděla o lehké demenci. Doprovodila jsem nemocného do koupelny a dohlížela na hygienu. Po hygieně jsem zkontrolovala místo vstupu PEG, okolí otěla desinfekcí a přelepila krytím. Byl změřen tlak s hodnotou 115/50 mmHg (normotenze) a puls 75/minutu (norma). Telesná teplota 36,5°C (normotermie). Sestrou znovně slufby již byla vymlněna duodopa v pumpě. Ráno a odpoledne byla přeměna glykémie, ranní hodnota 9,3 mmol/l, v poledne 8,2mmol/l. Byly podány léky dle ordinace lékaře. Nemocný rehabilitoval s fyzioterapeutem.

2. den Pacient se ráno probudil opocení a mírně schvácený. Neměl chuť k jídlu. Byl doprovázen do koupelny, kde se krátce osprchoval a oblékl do suchého pyflama. Propocené povlečení se vyměnilo. Po sprše dostal opět chuť k jídlu a bez problémů se nasnídal. Stěloval si na znovně nespavost, chtěl by se vrátit do svého pokoje v Domově. Ráno byl tlak krve 120/60 mmHg a puls 62/minutu, hodnota glykémie ráno 9,8 mmol/l, v poledne 9,2mmol/l. Po celý den se nemocný, s výjimkou potřeby na toaletu a fyzioterapie zdrěloval kolem lůžka a čas si krátil poslechem hudby.

3. den - Nemocný se ráno pomohl do lůžka. Vinu dával infúzi, ke které byl připojen a nedostupnému personálu. Byl velice rozčleněn a slovně útočil na personál. Sestrou byl poučen o možném poškození pumpy od vlhkých lůžkových povlaků a o používání signalizačního zařízení. Snažila jsem se nalézt ztracenou důvahu a s nemocným jsem se snažila povídat o vzniklém problému. Nemocný se rozpovídal a byla na něm znát lepší nálada. Ranní glykémie byla 8,6 mmol/l (zvýšená hodnota), v poledne 7,9 mmol/l (zvýšená hodnota).

4. den Po probuzení se opakovalo pomohání nemocného. Bylo mu doporučeno omezit přísun tekutin před spánkem a v noci a použít signalizačního zařízení pro přivolání sestry, v případě potřeby. Vzhledem k lehké demenci bylo toto doporučení sdělováno pomalu a srozumitelně, společně se zpětnými dotazy a s cílem zjistit, zda nemocný bere tato opatření na vědomí. Do lůžka mu byla přidána speciální nepromokavá podložka, chránič v části lůžka před močí. Pacientovi byla na noc přidána k lůžku močová lahev, kterou však odmítal používat. Také mu bylo v určitých intervalech připomínáno močení a nemocný nast ji navštívoval toaletu. Ranní tlak 140/95mmHg (hypertenze), puls 72/min (norma), glykémie ráno 7,8mmol/l (zvýšená hodnota), v poledne 6,5mmol/l (norma).

5. den - Ráno byl nemocný opět pomohlý do lůžka. K personálu se stavil negativně, nenechal si nic vysvětlit. Ranní tlak byl 125/65mmHg (normotenze), puls 65/min (norma). Glykémie ráno 7,5mmol/l (zvýšená hodnota), v poledne 8,6mmol/l (zvýšená hodnota). Léky byly podány dle ordinace lékaře. Nemocný rehabilitoval s fyzioterapeutkou.

3 OČET OVATELSKÉ DIAGNÓZY

Diagnózy sestaveny podle knihy Očet ovateLSké diagnózy NANDA ó I 2009-2011, Taxonomie II.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádaní podle priorit:

Aktuální očet ovateLSké diagnózy

1. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

UZ: Nekoordinované pohyby, obtíže při otáčení, omezená schopnost provádět jemné motorické dovednosti, změny chůze

SF: nervosvalové poškození

2. Stresový syndrom z prostředí (00114)

Doména 9: Zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 1: Posttraumatické reakce

UZ: porucha spánku, frustrace, zlost

SF: přechod z jednoho prostředí do druhého

3. Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

UZ: nespokojenost se spánkem, změna normálního vzorce spánku

SF: neznámé prostředí

4. Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

UZ: hovoří s obtížemi, špatná artikulace, potíže s používáním mimiky

SF: oslabení muskuloskeletálního systému, poškození centrálního nervového systému

5. Funkční inkontinence moči (00020)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

UZ: čas pot ebný k dojití na toaletu p esahuje čas mezi pocit ním pot eby vyprázdnit mo ový m chý a jeho nekontrolovaným vyprázdn ním, m fle být inkontinentní jen v asných ranních hodinách

SF: neuromuskulární omezení, psychogenní faktory, zhor-ení kognitivních funkcí, zm na prost edí

Potenciální o-et ovatelské diagnózy

6. Riziko pád (00155)

Doména 11: Bezpe nost/ochrana

T ída 2: Fyzické po-kození

Rizikové faktory: v k 65 a více, snížený mentální stav, potífle s ch zí, zhor-ená fyzická pohyblivost

7. Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpe nost/ochrana

T ída 1: Infekce

Rizikové faktory: invazivní postupy, prost edí se zvý-eným výskytem patogen

Aktuální o-et ovatelské diagnózy:

1. Zhor-ená t lesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpo inek

T ída 2: Aktivita/cvi ení

Ur ující znaky: Nekoordinované pohyby, obtífle p i otá ení, omezená schopnost provád t jemné motorické dovednosti, zm ny ch ze

Související faktory: nervosvalové po-kození

Priorita: st ední

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde ke zhor-ení ch ze po dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Nemocný se bude cítit bezpe n p i vykonávání denních inností

Výsledná kritéria: Pacient chápe pot ebu cví ení ó okamflit

Nemocný má zaji-t nou dostate nou výflivu ó okamflit

Nemocný dbá bezpe nou ch zi a prevenci pádu ó okamflit

Plán intervencí:

- Určit, jak nemocný vnímá potřebu cvičení. sestra, při přijetí
- Zhodnotit stav výživy, BMI a hladinu energie. s sestry, jednou týdně
- Pobízet nemocného k ústí na péči o sebe sama, posilovat sebepojetí a vnímání nezávislosti. s sestry, denně
- Doporučit pacientovi dbát na bezpečnost, včetně úpravy prostředí a prevence pádů. s sestrou, ošetřovatelka, denně
- Spolupracovat s fyzioterapeutem. s sestrou, denně
- Věnovat nemocného k samostatnosti - sestrou, ošetřovatelka, denně
- Upravit okolí lůžka pro snadnější pohyb nemocného. s sestry, ošetřovatelka, denně
- Upravit cestu na WC pro snadnější dostupnost. s sestrou, ošetřovatelka, denně
- Hodnotit pohyblivost v ošetřovatelské dokumentaci denně, sestrou

Realizace od 10. do 14. 12.

Zjistila jsem od nemocného, že cvičení vnímá kladně. Fyzioterapeut s nemocným cvičil pravidelně každý den a po každé rehabilitaci jsem zjišťovala, jak si nemocný vedl. Dále jsem nemocnému doporučila občasné procházky po oddělení, pro udržení stálé kondice. Poučila jsem pána o nebezpečí pádu a doporučila nevycházet, pokud se právě vytela podlaha. Vzhledem k ošravě chůzi nemocný téměř nezvedá nohy, doporučila jsem tedy pozorné sledování cesty a upravila jsem okolí lůžka a trasu vedoucí na WC, aby nedošlo například k zakopnutí o elektrický kabel. Vedla jsem nemocného k samostatnosti při běžných denních potřebách. Po ránu jsem pána dovedla do koupelny, kde jsem dohlédla, aby nedošlo k podklouznutí. Při stravování si nemocný jídlo upravil sám. Stav výživy jsem zhodnotila jako uspokojující.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit. U nemocného nedošlo ke zhoršení chůze a po dobu hospitalizace se nemocný cítil při chůzi bezpečně.

2. Stresový syndrom z p emíst ní (00114)

Doména 9: Zvládání/tolerance zát fe

T ída 1: Posttramatické reakce

Ur ující znaky: porucha spánku, frustrace, zlost

Související faktory: p echod z jednoho prost edí do druhého

Priorita: st ední

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde k prohloubení frustrace a zlosti ó do týdne.

Cíl krátkodobý: Pacient se vyrovná s hospitalizací ó do 2 dní.

Výsledná kritéria: Pacient chápe pot ebu hospitalizace ó do 2 dní.

Pacient nebude mít poruchy spánku spojené s hospitalizací ó do 5 dní.

Pacient nebude zlostný ó do 5 dní.

Plán intervencí:

- Zhodno du-evní stav pacienta, zejména rozsah my-lení a úsudek nemocného ó sestra, jednou týdn .
- Vyslechni pacientovo lí ení a výrazy zloby ó sestry, o-et ovatelka, v p ípad pot eby
- Vysv tli pacientovi nutnost hospitalizace ó sestra, jednou týdn .
- P edcházej zbyte ným konflikt m s pacientem ó sestra, denn .
- Dej pacientovi najevo d v ru ó sestra, denn .

Realizace od 11. do 14. 12. :

Pacientovi byly vysv tleny d vody hospitalizace. I p es ve-kerou snahu o p íjemn j-í pobyt pacient neustále smlouval a cht l dom . Nálada byla velice prom nlivá, a i p es ve-kerou snahu personálu m l nemocný ob as zlostnou náladu.

Hodnocení 14. 12. :

Cíl se poda ilo splnit áste n . U pacienta do týdne nedo-lo k prohloubení zlosti, jeho chování bylo nem nné. Av-ak vyrovnání s hospitalizací se splnit nepoda ilo.

3. Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Určující znaky: nespokojenost se spánkem, změna normálního vzorce spánku

Související faktory: neznámé prostředí

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient nebude mít problémy se spánkem do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacient nebude pociťovat únavu do 3 dnů.

Výsledná kritéria: Pacient nebude mít problémy s usínáním do 5 dnů.

Pacient nebude mít problémy s probouzením do 5 dnů.

Pacient se bude cítit odpočatý do 3 dnů.

Plán intervencí:

- Vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku. sestra, jednou týdn
- Zjistí, zda nemocný netrpí enurézou. sestra, jednou týdn
- Vypetej se na okolnosti, které ruší spánek. sestra, jednou týdn
- Před spaním se postarej o klidné prostředí a příjemný komfort v ložnici. sestra, ošetřovatelka, denn
- Umožni pacientovi provést rituály, na které je zvyklý. sestra, ošetřovatelka, denn
- Doporuč vynechání tučných jídel minimálně 2 hodiny před ulehnutím. sestra, jednou týdn
- Doporuč pacientovi omezení tekutin na noc. sestra, denn
- Pobízej nemocného k pravidelnému cvičení během dne. sestra, denn
- Aktivizuj pacienta během dne. sestra, ošetřovatelka, denn
- Vězhodno a zapiš do ošetřovatelkové dokumentace.

Realizace od 11. do 14. 12

Zjistila jsem z rozhovoru s pacientem, že pán je cizí prostředí, na které není zvyklý.

Doporučila jsem mu tedy co dlat, aby se mu lépe spalo, jako například nepít velké

množství tekutin a nejméně třikrát jídla alespoň 2 hodiny před spánkem. Předem jsem doporučila maximálně 30 minut odpočinku po obědě, což byl nemocný zvyklý dodržovat a také jsem nemocného pobízela k aktivitě během dne a ke cvičení s fyzioterapeutem. Enurézu jsem vyloučila jako rušivý podnět. Před usnutím si nemocný poslechl hudbu na hudebním přehrávači, pro navození duševního klidu.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit. Nemocný nebyl předem unavený a měl vyvážené aktivity. Večer usínal v klidu a s dobrou náladou.

4. Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5: Percepce/kognice

Tematika 5: Komunikace

Určující znaky: hovoří s obtížemi, špatná artikulace, potíže s používáním mimiky

Související faktory: oslabení muskuloskeletálního systému, poškození centrálního nervového systému

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde ke zhoršení komunikace, do 5 dní.

Cíl krátkodobý: Pacientovi bude plně porozuměno, okamžitě.

Výsledná kritéria: Pacient se dokáže vyjádřit okamžitě.

Pacient bude mít pocit, že je mu porozuměno okamžitě.

Pacient ví, jak správně vyslovovat slova do 5 dní.

Plán intervencí:

- Posuďte faktory prostředí, které mohou mít vliv na schopnost komunikace, při rozhovoru s pacientem odstraňte rušivé elementy okamžitě, sestra, ošetřovatelka
- Při vlivu nemocnému naslouchejte a pozorně sledujte verbální a neverbální vyjádření okamžitě, sestra, ošetřovatelka
- Udržujte oční kontakt při rozhovoru okamžitě, sestra, ošetřovatelka.
- Jednejte s nemocným klidně, nechte mu prostor k vyjádření se okamžitě, sestra, ošetřovatelka.

- Podávej pacientovi léky dle ordinace lékaře včas denně, sestra.
- Ve záznam o průběhu komunikace v ošetřovatelské dokumentaci denně, sestra.

Realizace od 10. do 14. 12. :

Prostředí, ve kterém jsem s nemocným komunikovala, bylo posouzeno jako vhodné k rozhovoru. Případné rušivé elementy, jako například hluk z televizoru, jsem odstranila. Pokud byl nemocný rozezlený a jeho se velmi zhoršila, snažila jsem se ho uklidnit, dát najevo svůj zájem a dostatek času, který jsem mu byla ochotna vynovat. Také jsem pacientovi připomínala, aby správně artikuloval a pomalu vyslovoval. Při rozhovoru jsem udržovala o ní kontakt. Sledovala jsem neverbální projevy, které doplňovaly řeč, a kolik byly vzhledem k nemoci nevýrazné. Léčba ovlivňující neurologické onemocnění byla vždy podána podle ordinací lékaře.

Hodnocení 14. 12. :

Cíl se podařilo splnit. U pacienta nedošlo ke zhoršení řeči a vždy mu bylo porozuměno.

5. Funkce inkontinence moči (00020)

Doména 3: Vylučování a výměna

Titula 1: Funkce močového systému

Určující znaky: čas potřebný k dojetí na toaletu přesahuje čas mezi pocitem potřeby vyprázdnit močový měchýř a jeho nekontrolovaným vyprázdněním, může být inkontinentní jen v určitých ranních hodinách

Související faktory: neuromuskulární omezení, psychogenní faktory, zhoršení kognitivních funkcí, změna prostředí

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se naučí rozeznávat signály močového měchýře do týdne.

Cíl krátkodobý: Pacient navštíví toaletu každé dvě hodiny do 24 hodin.

Výsledná kritéria: Pacient bude mít nastavené intervaly, kdy chodit na WC do 24 hodin

Pacient ví, kdy má problémy s udržení moči a včas tomu zabrání do týdne.

Pacient pochopí důležitost vyřešení problému okamžitě.

Intervence:

- Zjistí, zda nemocný v domě odkládá moč jen jednou, sestra.
- Vezmi v úvahu duševní stav nemocného jen jednou týden, sestra.
- Vnuť pozornost podmínkám prostředí, které mohou zabránit včasnému dosažení toalety jen denně, sestra, ošetřovatelka.
- Vybav nemocného signalizací jen denně, sestra, ošetřovatelka.
- Domluv se s lékařem na úpravu doby podávání diuretik jen jednou, sestra.
- Pouč pacienta o omezení tekutin dvě až tři hodiny před spánkem jen denně, sestra, ošetřovatelka.
- Pouč pacienta o možném poškození duodopová pumpy při kontaktu s vlhkem jen jednou týden, sestra.

Realizace od 12. do 14. 12. :

Při rozhovoru s nemocným jsem se snažila zjistit příčinu pomoci do lůžka, nebylo možné potvrdit v domě odkládání moči, v úvahu jsem vzala i lehkou demenci nemocného. Upravila jsem okolí lůžka, odstranila překážky na cestě k toaletě a signalizaci jsem uložila na dostupné místo, kam nemocný bez problému dosáhl. Zároveň jsem nemocného ujistila, že ošetřovatelský personál je zde pro to, aby mu pomohl, tudíž se nemusí obávat použít signalizaci a požádat si pomoc. Nemocnému jsem vysvětlila nevhodnost kontaktu duodopová pumpy s vlhkem. Nakonec jsem nemocnému doporučila nepít močopudné nápoje a především nepít velké množství vody alespoň 2 hodiny před spánkem.

Hodnocení 14. 12. :

Cíl se podařilo úspěšně splnit. Nemocný chodil na toaletu v pravidelných intervalech, ráno se však neustále pomohl. Je tedy nutné dále pokračovat v intervencích.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

6. Riziko pádu (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Rizikové faktory: věk 65 a více, snížený mentální stav, potíže s chůzí, zhoršená fyzická pohyblivost

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde k pádu do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient dodrží prevenci pádu okamžitě.

Plán intervencí:

- Posud všechny rizikové faktory o jednu týden, sestra
- Zajisti bezpečné prostředí nemocného o denně, sestra, ošetřovatelka
- Pouč nemocného o dopomoci druhé osoby o jednu týden, sestra
- Informuj nemocného o bezpečnostních opatřeních o jednu týden, sestra
- Zajisti doprovod nemocného, pokud se pohyblivost zhorší o v případě potřeby, sestra
- Zajisti v noci na chodbě osvětlení, pro případnou chůzi na WC o denně, sestra
- Spolupracuj s fyzioterapeutem o denně, sestra
- Zapiš veškeré změny, týkající se pohybu do ošetřovatelské dokumentace o v případě potřeby, sestra

Realizace od 10. do 14. 12. :

Zjistila jsem, že nemocný si byl vědom rizikových faktorů a své poruchy s pohyblivostí, která mu byla záležitostí pádu. Nemocný byl poučen, aby neopouštěl pokoj, pokud byla právě vytvářena podlaha a aby sledoval cestu a vyhnul se případným překážkám. V okolí jsem zajistila bezpečné prostředí a odstranila veškeré překážky, jako například elektrické kabely od sousedních lůžek. Na nemocného jsem dohlédla při ranní hygieně, kde bylo riziko pádu nejvyšší z důvodu možného uklouznutí na mokré dlažbě. Pokud se nemocnému náhle zhoršila pohyblivost, dopomohla jsem mu dostat se do lůžka. Bezpečnost nemocného byla zajištěna při veškerých denních i ošetřovatelských. Spolupracovala jsem s fyzioterapeutem, který nemocného takticky poučil o bezpečnostních opatřeních a o prevenci pádu.

Hodnocení 14. 12. :

Cíl se podařilo splnit. Nemocný dodržel prevenci pádu a po celou dobu nebyl pádem ohrožen.

7. Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Tematika 1: Infekce

Rizikové faktory: invazivní postupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde ke vzniku infekce během hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient zná možné projevy infekce a okamžitě je hlásí.

Intervence:

- Pátraj po místních známkách infekce v místech invazivních vstupů sestra, denně.
- Sleduj celkové známky infekce sestra, denně.
- Zamez přenosu nosokomiálních infekcí, dbej na řádnou hygienu a desinfekci rukou sestra, denně.
- Pečlivě dodržuj aseptické postupy sestra, denně.
- Dle potřeby měň krytí kanyly sestra, podle potřeby.
- Pouč nemocného o možném vzniku infekce a projevech sestra, jednou za 3 dny.
- Měň periferní filní katétr (dále PfiK) dle standardu oddělení sestra, jednou za 3 dny.
- Zapiš umístění PfiK, datum zavedení a veškeré změny v sesterské dokumentaci.

Realizace od 10. do 14. 12.:

Při každé manipulaci s periferním filním katétrem jsem si předem důkladně vydesinfikovala ruce. Sledovala jsem možné první známky místního zánětu, jako například zarvěnání a střílnost na bolest. Celkové známky zánětu jsem také sledovala. Dne 12. jsem kladla na aseptickou manipulaci se vstupem. Do zdravotnické dokumentace byl vložen záznam o založení PfiK a sledovala se doba potěbně výměny. Místo zavedení PEG bylo pravidelně kontrolováno a pečlivě evazováno.

Hodnocení 14. 12. :

U nemocného se mi podařilo splnit cíle po dobu mnoho praktického využití. U nemocného nedošlo k infekci, nemocný znal možné projevy infekce.

4 DOPORU ENÍ PRO PRAXI

Doporu ení pro v-eobecné sestry:

- Bu te trp livé, pacient m s Parkinsonovou chorobou trvá v t-ina v cí déle.
- Podávejte léky dle ordinace léka e v p esn stanovenou dobu.
- Dbejte na prevenci pádu.
- Spolupracujte s léka em.

Doporu ení pro nemocné:

- Procvi ujte t lo n kolikrát denn .
- Cho te na pravidelné prohlídky k léka i.
- Dodrfluje dobu ufvání svých lék .
- V-e co pot ebujete ráno, p ipravte si ve er.
- M jte svou ranní dávku lék na dosah.

Doporu ení pro rodinu:

- M jte trp livost, nemocný ob as šzamrzneō v pohybu a p i stresu se v-e jen zhor-uje.
- Odstra te p ekáfky z podlahy, vysoké prahy i kobere ky jsou rizikové a nemocný m fle snadno zakopnout.
- Podporujte nemocného p i lé b .

ZÁV R

Parkinsonova nemoc je nevylé itelné onemocn ní, které naru-uje pacient v život v b fných denních innostech. V této práci jsme se snažili popsat problematiku neurologického odd lení a blíže se seznámit s Parkinsonovou nemocí. Teoretická ást pojednává o patofyziologii onemocn ní, p íznacích, vy-et ovacích metodách a o zp sobech lé by, které zvládnou život lov ka s Parkinsonovou nemocí o mnoho zkvalitnit.

V praktické ásti byl vybrán pacient s pokroč ilou formou onemocn ní. U tohoto pacienta byla sepsána o-et ovatelská anamnéza, na jejímž základ byly vypracovány o-et ovatelské diagnózy a sestaveny dle priorit nemocného.

Cílem této práce bylo prohloubit znalosti v oblasti neurologie, poznat specifickou problematiku neurologického odd lení a popsat o-et ovatelskou pé i.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BALÁFI, Marek a Ivan REKTOR, 2013. Společnost Parkinson, *Parkinson*, **2013(41)**, 10-30, ISSN1 1212-0189
2. BERGER, Jiří, Zbyněk KALITA a Igor ULŠA. c2000, Parkinsonova choroba. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 565 s. ISBN 80-859-1213-9.
3. DOENGES, Marilyn E, Zbyněk KALITA a Igor ULŠA. c2000, *Kapesní pro vodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, c2000, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. KOCINOVÁ, Svatava, Zdeňka TERBÁKOVÁ a Igor ULŠA. 2001, *Přehled nejúčinnějších léků: příručka pro střední zdravotnické školy*. 4., aktualizované vydání. Praha: Informatorium, 93 s. ISBN 80-733-3012-1.
5. KONOPIKUM, 2012, [online]. [2014-03-26] dostupné z: http://konopikum.cz/articles/2012/12/konopi_a_parkinson_K32_s6.php
6. LINDSAY, W. Kenneth, Fuller GERAINI a Ian Bone. 2010, *Neurology and neurosurgery Illustrated*. Edinburgh, Elsevier Ltd., 543 s. ISBN 0443069786
7. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Zdeňka TERBÁKOVÁ a Igor ULŠA. 2003, *Kapitoly z ošetřovatelské péče I: příručka pro střední zdravotnické školy*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
8. NEMCOVÁ, Jitka, 2013. Manuál k úpravě písemných prací. Praha: Maurea, s.r.o., ISBN 978-80-902876-9-3
9. NEVŘIMALOVÁ, Soňa, Evžen Růžička a Jiří TICHÝ. 2002, *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, ISBN 80-246-0502-3.
10. ORDINACE, 2010, [online]. [2014-03-26] dostupné z: <http://parkinsonovachoroba.ordinace.biz/>
11. PARKINSON HELP, 2013, [online]. [2014-03-26] dostupné z: <http://parkinson-help.cz/nemoc-je-tu/operace/pumpa/>
12. PATIENT, 2013, [online]. [2014-03-26] dostupné z: <http://www.patient.co.uk/medicine/co-careldopa-for-parkinsons-disease>
13. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, Zdeňka TERBÁKOVÁ a Igor ULŠA. 2006, *Modely ošetřovatelství v kostce: příručka pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1211-3.
14. ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen Růžička. 2005. *Parkinsonova nemoc*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, ISBN 80-734-5044-5.

15. R ůŤ KA, EvŤen a Ivan REKTOR. c2004, *Parkinsonova nemoc: doporu ené postupy diagnostiky a lé by*. 1. vyd. Galén, 60, 59 s. ISBN 80-726-2298-6.
16. SEIDL, Zden k, 2008, *Neurologie pro neléka ské zdravotnické obory*, 1. vydání, Praha, Grada publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-247-2733-2.
17. ŤŤ PANOVSKÁ, Hana. 2011, *Breví* , aktualizované vydání, Praha, MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o., ve spolupráci s INTERPHARMEX, spol. s.r.o. ISBN 978-80-87135-26-6.
18. TYRLÍKOVÁ, Ivana a kolektiv, 2012, *Neurologie pro sestry*, Brno, Národní centrum o-et ovatelství a neléka ských zdravotnických obor , ISBN 987-80-7013-540-2.
19. *Výkladový o-et ovatelský slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 568 s. ISBN 978-802-4722-405.
20. URBÁNEK, Karel, EvŤen R ůŤ KA a Ji í TICHÝ. 2002, *Vy-et ovací metody v neurologii*. 2., p eprac. vyd. Olomouc: Galén, 127 s. ISBN 80-244-0501-6.

Seznam příloh

Příloha A	Prohlášení o sběru dat k vytvoření bakalářské práce	I
Příloha B	Postoj nemocného s Parkinsonovou nemocí	II
Příloha C	Duodopová pumpa zavedena do PEG	III

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické,
o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta

P íloha B - Postoj nemocného s Parkinsonovou nemocí



Dostupné z : http://cs.wikipedia.org/wiki/Parkinsonova_nemoc

Příloha C 6 Duodopová pumpa zavedena do PEG



Dostupné z : http://www.medscape.com/viewarticle/804220_6