

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO  
S PARKINSONOVOU CHOROUBOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KATEŘINA TYPOLTOVÁ, DiS.**

**PRAHA 2014**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO  
S PARKINSONOVOU CHOROBOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KATEŘINA TYPOLTOVÁ, DiS.**

**Stupeň vzdělání: bakalář**

**Název studijního oboru: Všeobecná sestra**

**Vedoucí práce: PhDr. Pavla Pavlíková**

**Praha 2014**



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

Typoltová Kateřina  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 9. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u nemocného s Parkinsonovou chorobou

*Nursing Process for Patients with Parkinson Disease*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Pavla Pavlíková

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 prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15.3.2014

Kateřina Typoltová, DiS.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji mé vedoucí práce PhDr. Pavle Pavlíkové za cenné rady a psychickou podporu při zpracování tématu a kolektivu sester standardního oddělení Neurologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze za laskavé přijetí, vysvětlení problematiky ošetrovatelské péče u nemocného s Parkinsonovou chorobou a poskytnutí všech potřebných materiálů.

V Praze dne 15.3.2014

Kateřina Typoltová, DiS

# ABSTRAKT

TYPOLTOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u nemocného s Parkinsonovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Pavla Pavlíková, Praha 2013. 59 s.

Ke zpracování bakalářské práce jsme si zvolili Ošetrovatelský proces u nemocné s Parkinsonovou chorobou. Práci jsme rozdělili na dvě části, první část práce je teoretická, druhá část praktická. Práce obsahuje 23 literárních zdrojů a 1 internetový zdroj. V teoretické části jsme se zabývali patofyziologií onemocnění, kde uvádíme příčiny, hlavní příznaky onemocnění, diagnostiku a léčbu Parkinsonovy choroby. V poslední kapitole teoretické části jsou uvedeny zásady ošetrovatelské péče. V praktické části se zabýváme ošetrovatelským procesem u konkrétní nemocné s Parkinsonovou chorobou. Praktická část práce obsahuje informace z lékařské dokumentace, informace o průběhu hospitalizace, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. Ošetrovatelskou anamnézu jsme vypracovali podle koncepčního modelu M. Gordonové. Stanovili jsme 12 ošetrovatelských diagnóz, z toho 6 aktuálních a 6 potenciálních diagnóz. Ke každé ošetrovatelské diagnóze jsme navrhli plán ošetrovatelské péče, který jsme realizovali. Nakonec jsme ošetrovatelskou péči zhodnotili. Všechny cíle ošetrovatelské péče byly splněny.

## **Klíčová slova**

Parkinsonova choroba. Rehabilitace. Společnost Parkinson. Svalová ztuhlost. Třes

## **ABSTRACT**

TYPOLTOVÁ, Kateřina. Nursing proces for Patients with Parkinson diasease. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Pavla Pavlíková, Prague 2013, 59 s.

The topic of bachelor's thesis is Nursing process of patient with Parkinson diasease. The work was divided into two parts , the first part is theoretical and the practical part. Our work includes 23 literature sources and one internet source. The work was divided into two parts , the first part is theoretical and the practical part. In the theoretical part, we examined the pathophysiology of the disease, where we cause, the main symptoms of the disease, diagnosis and treatment of Parkinson's disease. The last theoretical chapter sets out the principles of nursing care. In the practical part deals with the nursing process of particular patients with Parkinson's disease. The practical part contains information from the medical records , information about the course of hospitalization , diagnosis and treatment of this disease . For the practical part we have developer a conceptual model of M. Godon. We have provided twelve nursing diagnosis. Diagnosis are divided into 6 topical and 6 potential diagnosis. For each nursing diagnosis, we designed a plan of nursing care, which we realized . Finally, we evaluate nursing care. All the goals of nursing care were met.

### **Key words**

Muscle stiffness. Parkinson Society. Parkinson's diasease. Rehabilitation. Tremor.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	14
2 HISTORIE PARKINSONOVY CHOROBY	15
3 PATOFYZIOLOGIE PARKINSONOVY CHOROBY	16
3.1 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI	16
3.2 PŘÍČINY NEMOCI	18
3.3 VYŠETŘOVACÍ METODY	18
3.4 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY	20
4 SPECIFICKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU	22
5 SPOLEČNOST PARKINSON	24
5.1 SPOLEČNOST PARKINSON V ČESKÉ REPUBLICE	24
5.2 EVROPSKÁ ASOCIACE SPOLEČNOSTÍ PRO PARKINSONOVU NEMOC (EPDA)	24
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉ S PARKINSONOVOU CHOROBOU	26
6.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	26
6.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ	26
6.3 PRŮBĚH HOSPITALIZACE	27
6.4 PŘEHLED PROVEDENÝCH VYŠETŘENÍ	28
6.5 PŘEHLED TERAPEUTICKÉ PÉČE	28
6.6 INDIKAČNÍ SKUPINY PODÁVANÝCH LÉKŮ A JEJICH MOŽNÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY	29
6.7 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	31



<b>6.8</b>	<b>SITUAČNÍ ANALÝZA</b>	<b>35</b>
<b>6.9</b>	<b>PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ</b>	<b>36</b>
<b>6.10</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b>	<b>55</b>
<b>7.1</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b>	<b>55</b>
	<b>ZÁVĚR</b>	<b>57</b>
	<b>PŘEHLED POUŽITÝCH ZDROJŮ</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AA</b>	alergická anamnéza
<b>BMI</b>	body mass index
<b>CNS</b>	centrální nervová soustava
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>DBS</b>	hluboká stimulace mozku
<b>EEG</b>	elektroencefalografie
<b>EP</b>	evokované potenciály
<b>FA</b>	farmakologická anamnéza
<b>INR</b>	mezinárodní normalizovaný poměr pro Quicka - protrombinový čas
<b>KO</b>	krevní obraz
<b>LF UK</b>	lékařská fakulta Univerzity Karlovy
<b>LHK</b>	levá horní končetina
<b>MPTP</b>	metylfenyltetrahydropyridin
<b>MR</b>	magnetická rezonance
<b>NANDA</b>	Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy
<b>NGS</b>	nasogastrická sonda
<b>NO</b>	nynější onemocnění
<b>OA</b>	osobní anamnéza
<b>PA</b>	pracovní anamnéza
<b>PMK</b>	permanentní močový katétr
<b>PN</b>	Parkinsonova nemoc
<b>PŽK</b>	periferní žilní katétr
<b>s.c.</b>	subkutánní podání

(VOKURKA, 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Abusus** – nadměrné užívání

**Agonisté dopaminu** – souhlasně působící lék na dopamin

**Antidepresiva** – skupina léků užívaných při léčbě deprese

**Anticholinergika** – skupina léků pomáhající zmírnit třes

**Antiparkinsonika** – skupina léků na léčbu Parkinsonovy choroby

**Arteterapie** – léčba využívající malování a výtvarného umění

**Barthel test** – test ke zjištění soběstačnosti pacienta ve všedních denních činnostech

**Bazální ganglia** – jádra šedé hmoty v mozku obklopené bílou hmotou

**Bledé jádro mozku** – oblast mozku, kde motorická informace opouští bazální ganglia (Globus pallidus)

**Bradykineze** – zpomalenost pohybů

**Černé jádro** – nacházejí se v horní části mozkového kmene, zde se tvoří dopamin

**Demence** – trvalý úbytek duševních funkcí a schopností

**Deprese** – duševní stav, který je charakterizovaný nadměrným smutkem

**Diferenciální počet krvinek** – rozpočet bílých krvinek zjištěný po jejich obarvení v krevním nátěru

**Digestiva** – skupina léků podporující trávení

**Dopamin** – důležitá látka v nervovém systému - neurotransmitter

**Elektroencefalograf** – vyšetření, které umožňuje zaznamenávat elektrickou aktivitu různých částí mozku

**Enterální výživa** – podávání živin způsobem, který umožňuje jejich vstřebávání střevem

**Ergoterapie** – léčebná metoda aktivním zapojením pacienta do práce – „léčba prací“

**Esenciální aminokyseliny** – aminokyseliny, které si tělo nedokáže vytvořit samo

**Evokované potenciály** – elektrofyziologické vyšetření změny elektrické aktivity mozku

**Extrapyramidové centrum** – centrum pro diagnostiku a léčbu extrapyramidových chorob

**Extrapyramidový systém** – obsahuje všechny motorické dráhy, ovlivňuje regulační okruhy v míše, mozkovém kmeni, mozkové kůře a v mozečku

**Fonetika** – je věda, která zkoumá zvukovou stránku jazyka

**Freezing** – situace, kdy má pacient zárazy chůze či může docházet k postupnému zpomalování chůze, až zastavení se

**Fyzioterapie** – rehabilitace, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému organismu

**Hluboká stimulace mozku** – chirurgická léčba Parkinsonovy choroby

**Hyperhidróza** – nadměrné pocení

**Laxativa** – skupina léků podporující vyprazdňování střevního obsahu

**Levodopa** – látka, z které se v těle tvoří dopamin

**Magnetická rezonance** – zobrazovací metoda, která se používá k zobrazení vnitřních orgánů

**Neurodegenerativní onemocnění** – dochází k postižení funkce a zániku nervových buněk

**Neuroleptika** – skupina léků používána k léčbě poruch myšlení a vnímání

**Nortonova stupnice** – slouží k posouzení rizika vzniků proleženin u pacienta

**Pallidotomie** – chirurgický výkon při léčbě Parkinsonovy choroby

**Sedativa** – skupina léků vedoucí k útlumu duševní i motorické aktivity

**Sexuální nedostatečnost** – impotence

**Tremor** – třes

**Ultrasonografie karotid** – ultrazvukové vyšetření krčních tepen

(VOKURKA, 2010)

## ÚVOD

Parkinsonova choroba, pojmenovaná po anglickém lékaři Jamesovi Parkinsonovi, který ji počátkem 19. století popsal, je degenerativní onemocnění nervového systému postihující miliony lidí na celém světě. Obvykle se projeví po šedesátém roce věku, ale až pět procent nemocných jsou mladší 40 let. U mužů je častější než u žen. Počáteční příznaky bývají mírné, ovšem v průběhu onemocnění se vždy zhoršují. U 10 – 30 % se rozvine demence, která je podobná Alzheimerově chorobě. Vlastní podstata nemoci spočívá v nedostatku hormonu dopaminu. Choroba postihuje asi 1 % lidí starších 60 let. Trpěla jí i řada známých osobností. K těm výraznějším patřili například Adolf Hitler, Salvador Dalí nebo papež Jan Pavel II. (PFEIFFER, 2007).

Výskyt Parkinsonovy choroby v populaci se pohybuje mezi 84–187 postižených na 100 000 obyvatel, tedy přibližně každý 1000. člověk trpí Parkinsonovou chorobou. Parkinsonova choroba se vyskytuje po celém světě, nejnižší výskyt však je v Africe a Japonsku.

Vývoj Parkinsonovy choroby nelze úplně zastavit, ale lze vznik příznaků zpomalit, a tím výrazně prodloužit život nemocného. V dnešní době většina nemocných zvládá běžné denní aktivity téměř bez problému. Průměrná délka života se u těchto nemocných příliš neliší od ostatní populace. Nemocní většinou umírají na jiné příčiny, než je samotné onemocnění (ROTH, 2009).

Pro zpracování bakalářské práce jsme si zvolili téma Parkinsonova choroba, je to téma aktuální, choroba se vyskytuje po celém světě.

# 1 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zpracování příspěvku k ošetřování pacienta s Parkinsonovou nemocí.

Cílem teoretické části bakalářské práce je pojednání o patofyziologii Parkinsonovy choroby. Zaměříme se zde na příčiny, příznaky, vyšetřovací metody a léčbu tohoto onemocnění. Popíšeme specifika ošetřovatelské péče u nemocného s Parkinsonovou chorobou.

Cílem praktické části bakalářské práce je zpracování ošetřovatelského procesu u konkrétního pacienta s Parkinsonovou nemocí. Na základě informací, které získáme od pacienta, jeho rodiny, z dokumentace, vlastním pozorováním a rozhovorem vypracujeme ošetřovatelskou anamnézu podle ošetřovatelského modelu M. Gordonové. Pomocí ošetřovatelské anamnézy formulujeme ošetřovatelské diagnózy, ke každé ošetřovatelské diagnóze naplánujeme ošetřovatelské intervence a zaměříme se na jejich realizaci. Nakonec zhodnotíme stanovené cíle, zda byly splněny či nikoli.

Posledním cílem bakalářské práce je vytvoření kvalitního studijního materiálu určeného pro další studenty.

## 2 HISTORIE PARKINSONOVY CHOROBY

V roce 1817 publikoval londýnský lékař James Parkinson knihu, kterou nazval *An Essay on the Shaking Palsy* neboli *O třaslavé obrně*. Zde popsal 6 nemocných a jejich příznaky, s kterými se dosud nikdy nesešel. Po zveřejnění jeho práce se ozvalo mnoho lékařů popisujících stejné příznaky u svých nemocných. Poté dostala choroba jméno po svém objeviteli (PFEIFFER, 2007).

Již v 19. století byly prováděny první léčivé pokusy, jak ovlivnit příznaky Parkinsonovy choroby pomocí přípravků rostlinného původu. Mezi první uměle vyrobené léky patří tzv. anticholinergika, která mají pomáhat zmírnit třes, ale bohužel se u nich vyskytlo mnoho nežádoucích účinků. V roce 1958 nastal průlom v poznání a léčby Parkinsonovy choroby. Slavný farmakolog a biochemik Carlsson, pozdější nositel Nobelovy ceny, objevil, že v oblasti bazálních ganglií v mozku se vyskytuje velké množství dopaminu. V roce 1961 se Birkmayer ve Vídni a Barbeau v Montrealu pokusili o léčebné využití pomocí levodopy, což je základní kámen pro vytváření dopaminu v mozku.

V roce 1965 a 1967 byly ve dvou odlišných výzkumných centrech zkoumány dvě látky benserazid a karbidopa, které se na počátku 70. let ukázaly jako velmi účinné v potlačování vedlejších účinků levodopy. Preparáty kombinující levodopu s těmito preparáty se začaly široce užívat a až do současnosti je žádný jiný lék nepřekonal. V roce 1983 na podkladě několikaletého výzkumu Langstona byla objevena látka zvaná metylfenyltetrahydropyridin (dále jen MPTP). V roce 1979 se MPTP dostal do heroinu jeho nedokonalou výrobou a otrávil skupinu mladých lidí v USA. U těchto osob se objevily příznaky, které byly neodlišitelné od Parkinsonovy choroby. Toto objevení ukazuje na jednu z možných příčin onemocnění.

V současnosti nadále pokračuje výzkum příčin a léčebných možností Parkinsonovy choroby (ROTH, 2009).

## **3 PATOFYZIOLOGIE PARKINSONOVY CHOROBY**

### **3.1 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI**

Parkinsonova choroba patří mezi neurodegenerativní onemocnění. Mezi první obtíže nemocných Parkinsonovou chorobou patří bolesti ramen, zad, pocity tíže končetin, ztráta výkonosti, poruchy spánku, zácpa, zhoršení písma, stav deprese či tichost hlasu. Tyto potíže jsou však necharakteristické a lékař na jejich základě nemůže usoudit, zda se opravdu jedná o Parkinsonovu chorobu či jiné onemocnění (JIRÁK, 2009).

Teprve později, o několik měsíců, se objevují čtyři typické a základní projevy nemoci. Mezi ně patří třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost pohybů (bradykineze) a poruchy stoje a chůze. Velmi často se také objevují poruchy vegetativního nervstva a psychické problémy (ROTH, 2009).

#### **Třes (tremor)**

Třes je nejcharakterističtější, nejčastějším a nejznámějším projevem Parkinsonovy choroby. U některých pacientů se ale třes projevit vůbec nemusí, a to ani na začátku ani dále v průběhu nemoci. Třes typický pro Parkinsonovu chorobu má několik základních vlastností:

- Objevuje se hlavně na končetinách.
- Začíná obvykle na prstech horní končetiny. Pohyb třesoucích se prstů připomíná pohyb při počítání peněz.
- Frekvence třesu je pomalá.
- Třes se objevuje v klidu, kdy pacient nehýbe rukama a ruce má položené na podložce, či svěšené podél těla. Jakmile pacient začne rukama hýbat, třes zmizí. V pokročilejším stádiu se třes může objevit i při pohybu (ROTH, 2009).

#### **Svalová ztuhlost (rigidita)**

Svalová ztuhlost se projevuje zvýšením normálního svalového napětí, které je nutné k udržení vzpřímeného postoje a k provedení pohybů. Při činnosti klade ztuhlý sval



zvýšený odpor, proto někteří pacienti přirovnávají tento odpor k pohybům v hluboké vodě. Svalová ztuhlost bývá příčinou pocitu bolesti v zádech či v ramenech. Ztuhlost je nejvíce vyjádřena ve svalech ohýbající končetiny a v trupu. Nemocní mají hlavu i trup v předklonu, a to i při chůzi, kdy mají pocit tahu dopředu (PFEIFFER, 2007).

Nemocný napadá na jednu končetinu či má pocit přežehého krku. Tento příznak nejčastěji nemocného dovede k lékaři. Svalovou ztuhlost nemocní velmi těžko snášejí. Přesná příčina vzniku svalové ztuhlosti není dosud známa, je ale jasné, že přímo souvisí s nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích (ROTH, 2005).

### **Zpomalenost pohybů (bradykineze)**

Projevuje se ztrátou či snížením schopnosti začít pohyb např. vyrazit ze stoje do chůze. Nemocný s Parkinsonovou chorobou je nápadný tím, že zaujímá strnulou polohu, málo se hýbe, mluví tichým a monotónním hlasem, píše malými písmeny. Pacient má problémy s oblékáním, vázáním tkaniček, kravaty, čištěním zubů či při jídle. Přesná příčina, která vede, ke zpomalení pohybů, není známa.

### **Poruchy stoje a chůze**

Charakteristické je sehnuté držení trupu, šije a pokrčení končetin. U pacientů v pokročilejším stádiu je typická chůze drobnými, šouravými krůčky s nejistými, pomalými otočkami, kdy může dojít ke ztrátě rovnováhy a následnému pádu. Omezeny a sníženy jsou také automatické pohyby, které tělo vykonává, aniž bychom na ně mysleli. Pacient se musí soustředit na vykonání pohybu, který dříve prováděl automaticky. Zvláštní však je, že chůze do schodů či ze schodů, nečiní nemocnému takové problémy jako chůze po rovině (BONNET, 2012).

### **Poruchy vegetativního nervstva**

Poruchy vegetativního nervstva jsou u pacientů velmi časté. Je to především sklon k zácpě, který se zhoršuje s používáním léků k léčbě Parkinsonovy choroby. Také se může objevit sklon k náhlým poklesům krevního tlaku, který může vést k pádu až omdlení. Časté je zvýšené slinění a pocení. Pokožka nemocných bývá mastná. U některých pacientů se projeví obtíže s močením, problémy sexuální nedostatečnosti či poruchy spánku (ROTH, 2009).

## **Psychické problémy**

Psychické problémy se u nemocných objevují velmi často a to už v počátečních stádiích. Jde především o deprese, tj. pocity nepřiměřeného smutku a zoufalství, objevují se pocity beznaděje, úzkosti a podceňování se. Deprese se také může projevit poruchou spánku, poruchou příjmu potravy či celkovou skleslostí. Je nutné mít na paměti, že neléčená deprese může vést k sebevražedným sklonům (WABERŽÍNEK, 2006).

Menší část pacientů v pozdním stádiu nemoci trpí tzv. demencí neboli úbytkem rozumových schopností. Nemocní začínají selhávat v běžných denních aktivitách, zapomínají a bloudí. Může dojít ke stavu zmatenosti a k tomu, že nemocný nepozná své blízké.

Dále se může objevit porucha orientace v prostoru, kdy pacient může zabloudit či také může dojít k poruchám paměti. Pacient si dobře pamatuje zážitky z mládí, ale selhává v tom co se dělo včera, před týdnem či před měsícem (REKTOR, 2003).

## **3.2 PŘÍČINY NEMOCI**

Parkinsonova nemoc vzniká na podkladě nadměrného odumírání buněk černého jádra, které je uloženo ve středním mozku. Tyto buňky mají za úkol vyrábět látku dopamin. Pokud dopamin chybí, naruší tím správnou regulaci činnosti bazálních ganglií a tím dojde k projevům onemocnění. Příčiny odumírání buněk však nejsou známy. Aby se Parkinsonova choroba projevila, musí být zničeno více jak 50 % buněk černého jádra. (SMITH T., 2005)

## **3.3 VYŠETŘOVACÍ METODY**

Mezi základní vyšetřovací metody Parkinsonovy choroby patří laboratorní vyšetření, ultrasonografie karotid, počítačová tomografie, magnetická rezonance, evokované potenciály a elektroencefalografie.

### **Laboratorní vyšetření**

Neexistuje žádný specifický test, který by Parkinsonovu nemoc zcela prokázal. Provádí se standardní odběr krve na vyšetření biochemické (ionty, metabolity, bílkoviny, enzymy, lipidy, hormony), hematologické (sedimentace, krevní obraz, diferenciální rozpočet bílých krvinek, vyšetření kostní dřeně) a hemokoagulační.

## **Ultrasonografie karotid**

Pomocí ultrazvuku se vyšetří krční tepny. Lékař získá představu o jejich schopnosti zásobovat mozek krví. Příprava před tímto vyšetřením není nutná. Vyšetření trvá 5 – 10 minut.

## **CT (počítačová tomografie)**

Počítačová tomografie je radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření zobrazuje orgány lidského těla. Je nutné pacienta na výkon připravit. Před vyšetřením pacient nesmí jíst minimálně 6 hodin. Pokud bude nutné podat kontrastní látku (při vyšetření jater, žlučníku, žlučových cest, sleziny a slinivky), pacient musí vypít hodinu před výkonem 1 litr vody, ve kterém je rozmíchaná kontrastní látka. 2 hodiny před výkonem pacient dostane 2 tablety Dithiadenu proti alergické reakci. Vyšetření je nebolestivé a trvá 10 – 20 minut. Pokud pacient dostal Dithiaden, nemůže řídit motorová vozidla.

## **MR (magnetická rezonance)**

Zobrazovací metoda, která se používá k zobrazení vnitřních orgánů těla. Pomocí MR lze získat řezy určité oblasti těla a dále s nimi pracovat. Může se také vytvořit 3D obraz požadovaného orgánu. Pacient nesmí minimálně 6 hodin před výkonem jíst. U vyšetření lze podat kontrastní látku. Pacienti, kteří mají kardiostimulátor srdce, defibrilátor srdce nebo jakékoliv kovové části v těle nesmí toto vyšetření podstoupit. Těhotné ženy by MR neměly podstoupovat. Vyšetření trvá 15 – 20 minut a je doprovázeno silným hlukem, proto pacienti dostávají ucpávky do uší (SEIDL, 2006).

## **EP (evokované potenciály)**

Provádí se pomocí elektrod, kdy má pacient za úkol hledět na obrazovku, kde se mění obrazce nebo poslouchá ve sluchátkách hudbu či zvuky. Vyšetření slouží k sledování funkcí nervových drah. Den před vyšetřením si má pacient umýt vlasy a neměl by používat žádné gely, laky a tužidla. Vyšetření trvá přibližně 10 – 30 minut.

## EEG (elektroencefalografie)

Pomocí elektrod se zaznamená aktivita mozku. Při vyšetření je monitorována činnost mozku při naprostém klidu s otevřenými a zavřenými očima, při hlubokém dýchání a při dívání do stroboskopu. Pacient by si den před vyšetřením měl umýt hlavu a neměl by používat žádné gely, laky a tužidla. Vyšetření trvá přibližně 30 minut (SEIDL, 2008).

## 3.4 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY

V současné době neexistuje způsob, jak Parkinsonovu chorobu vyléčit, ale i tak lze pomocí léků snížit její příznaky. Při léčbě Parkinsonovy choroby je důležité kombinovat podávání léků s rehabilitací a cvičením. Je také nutná podpora rodiny a vlastní aktivní postoj pacienta (RAI, 2010).

### Konzervativní léčba

Mezi konzervativní léčbu patří podávání antiparkinsonik, antidepressiv, sedativ, neuroleptik, hypnotik a digestiv.

- **Antiparkinsonika** - léky, které jsou určeny k léčbě Parkinsonovy choroby. Mezi základní léky antiparkinsonik patří levodopa či agonisté dopaminu, které nahrazují chybějící dopamin. Levodopa vzniká z esenciálních aminokyselin, které se nacházejí v živočišných a rostlinných bílkovinách v potravě. Levodopa se snadno dostává z krevního řečiště do mozku, kde z levodopy vzniká dopamin. Dnes se v léčbě Parkinsonovy choroby používají kombinované preparáty levodopy s inhibitory dopa-dekarboxylázy benserazidem (Madopar) či karbidopou (Nakom, Isicom, Sinemet). Levodopa potlačuje zejména zpomalenost, svalovou ztuhlost, a třes (FIŠAR, 2009).
- **Antidepressiva** – léky na snížení úzkosti a strachu (Cipralex, Deprex, Seropram).
- **Sedativa** – léky působící sedaci (celkové zklidnění) a snižující zvýšenou dráždivost CNS (Neurol, Diazepam, Oxyzepam).
- **Neuroleptika** – léky, jejichž účinkem je mohutné zklidnění. Používají se také k terapii psychózy a ke snížení psychotických projevů (Rispen, Serdolect, Zyprexa). Kontraindikací jsou léky Haloperidol, Torecan, Degan, Tisercin, Plegomazin a Moditen.
- **Hypnotika** - léky navozující spánek (Hypnogen, Stilnox).

- **Digestiva** – léky podporující trávení. Kontraindikací jsou léky Degan, Cerucal a Torecan.

(KOCIÁNOVÁ, 2013)

### **Chirurgická léčba**

U pacientů, kteří nereagují na klasickou léčbu nebo je u nich progresse choroby poměrně rychlá, mohou lékaři rozhodnout o provedení chirurgického zákroku. Používají se tyto metody: pallidotomie a hluboká stimulace mozku (Deep Brain Stimulation – dále jen DBS). Obě metody jsou zaměřené na globus pallidus, který vykazuje nadměrnou aktivitu a ovlivňuje motorické funkce. Při pallidotomii se pomocí elektrody zničí malá část tkáně. Při stimulaci mozku je do bílého jádra (globus pallidus) zaveden elektrický stimulátor, který dokáže blokovat signály působící motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Příznivý efekt léčby DBS může vést k návratu předtím těžce nemocného pacienta do běžného života (ROTH, 2009).

### **Rehabilitační léčba**

Jejím cílem je udržovat adekvátní sílu a tonus ve svalech. Cvičení musí být navrženo tak, aby došlo k jejich protažení, ale zároveň nebylo příliš únavné. Obzvláště vhodné jsou každodenní procházky. Příznaky choroby zmírňuje i každodenní cvičení mentálních schopností. Velmi důležitou roli v rehabilitační péči hraje fyzioterapie, ergoterapie (léčba prací), arteterapie (léčba výtvarným projevem) a fonetika - rehabilitace řeči (BENETÍN, 2009).

### **Fyzioterapie (pohybová léčba)**

Fyzioterapie klade velký důraz na celkovou motoriku. Je zaměřena na příznaky bradykineze (celková zpomalenost pohybů), rigiditu (svalová ztuhlost) a na poruchy rovnováhy při stožení a chůzi. Fyzioterapeutická cvičení mají prokázaný efekt na zlepšení stability chůze, pomáhají překonat i poruchy typu freezingu. Freezing je situace, kdy má pacient zárazy chůze či může docházet k postupnému zpomalování chůze, až zastavení se (BONNET, 2012).

## 4 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Ošetrovatelská péče je individuální dle potřeb nemocného. Mezi nejčastější problémy parkinsoniků patří zácpa. Všeobecná sestra by měla pečovat o vyprazdňování pacienta, podávat laxativa (Lactulóza dle ordinace lékaře) a pečovat o dostatečnou hygienu pacienta. Je nutné dodržovat dostatečný pitný režim (2-3litry denně) a ve stravě dostatečný přísun vlákniny.

Parkinsonici mají problém s poruchou termoregulace. Téměř dvě třetiny pacientů s Parkinsonovou chorobou udává zvýšené pocení (hyperhidróza). Všeobecná sestra by proto měla dbát na to, aby pacient byl stále v suchém a čistém prádle. Je důležitá také pečlivá hygiena. Je důležité chránit ohrožená místa, před vznikem dekubitů. Ošetření kůže Menalindem či Infadolanem. Všeobecná sestra by měla dbát na prevenci opruzenin (intertrigo) a proleženin (dekubitů). Pacienti by měli nosit volné oblečení.

Poruchami spánku trpí téměř 96 % lidí s touto chorobou. Pacienti by měli omezit příjem tekutin během večera. Pokoj pacienta by měl být čistý, upravený a vyvětraný. Během spánku mají parkinsonici obtíže s otáčením. Na pevné, rovné matraci je otáčení lehčí. Lehká deka otáčení usnadní také. Nemocní mají problémy s usínáním a brzy se budí. Všeobecná sestra by se měla snažit pacienta během dne co nejvíce aktivizovat (ROTH, 2009).

Hlavním úkolem a rolí všeobecné sestry je pomoci nemocnému udržet si nebo znovu získat samostatnost v provádění běžných denních činností. Provádí se také aktivní cvičení jako je nácvik chůze, vstávání z lůžka či židle, a pasivní cvičení (cvičení bez zapojení aktivity pacienta, kdy za něj pohyb provádí zdravotnický pracovník nebo přístroj). Velmi důležité jsou také časté procházky a pobyt na čerstvém vzduchu. Při rehabilitaci je nutný individuální přístup. Ideální je zapojit do ošetřování rodinné příslušníky. Po probuzení je obtížné se posadit na lůžku a vstát, proto pacienti dostávají první dávku léků ještě na lůžku. K snadnějšímu vstávání pomůže madlo u lůžka. Použití

uzdičky k pelesti lůžka pomůže pacientovi do sedu. Lůžko má být tak vysoké, aby když si pacient sedne s dolními končetinami z lůžka, dosáhl na zem (ROTH, 2009).

Pacienti s Parkinsonovou nemocí mívají poruchy polykání, proto je nutné dbát, aby při jídle seděli vzpřímeně. Je velice důležité udělat si na jídlo dostatek času, nikdy nejíst ve spěchu. Polykání stimuluje doušek studené vody. S ohledem na stav nemocného volíme individuální stravu, např. při poruchách polykání je vhodná kašovitá strava. Z hlubokého talíře a lžící se bude nemocnému jíst pohodlněji. Kvůli tremoru (třesu) je dobré mít pití v uzavřeném hrnku s brčkem. Nemocný by u sebe měl mít kartičku s léky, které bere a údaje o nemoci, usnadní to komunikaci a přístup např. při akutním příjmu k hospitalizaci (ROTH, 2005).

### **Nácvik chůze**

Pacienti s Parkinsonovou chorobou mají šouravou chůzi a zkracující kroky. Jsou velmi důležité rytmické prvky při cvičení, proto se často používá při cvičení hudba, či rytmické, rázné povely terapeuta. Při chůzi je dobré, aby se pacient držel za paži někoho druhého. Sníží se tak riziko pádu. Pacient by měl stát zpříma, jak jen nejlépe dokáže, měl by přemýšlet o svém dalším kroku, zvedat dolní končetiny střídavě, jako by chtěl pochodovat. Je důležité, aby jako první pokládal patu a poté došlápl na špičku, viz příloha C.

### **Nácvik správného vstávání z lůžka**

Pacient si poposedne více na kraj lůžka. Chodidla musí mít opřená celou plochou na zemi, pokrčí kolena, nakloní se v kyčlích dopředu a mírně předpaží. Podívá se na strop. Pacient napne svaly dolních končetin a švihne pažemi vzhůru, až se nadzvedne. Poté narovná trup a tím dokončí stoj, viz příloha D.

### **Třes**

Pokud se objeví třes, je nutné počkat, než ustane. Třes obvykle vymizí, pokud pacient natáhne ruce před sebe. Doporučuje se také nosit na zápěstích závaží (závěsné pásky). Tím se stabilizuje a zmenší frekvence a délka trvání třesu (ROTH, 2009).

## **5 SPOLEČNOST PARKINSON**

### **5.1 SPOLEČNOST PARKINSON V ČESKÉ REPUBLICE**

Společnost Parkinson byla založena v roce 1994 z iniciativy lékařů Neurologické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze. Společnost nabízí pomoc nemocným a jejich rodinám. Cílem je dobrá informovanost a komunikace o obtížích spojených s Parkinsonovou nemocí. Logem společnosti se stal červený tulipán, viz příloha G.

Organizace vydává časopis Parkinson. Společnost vedou s naprostou převahou nemocní a jejich blízcí, financována je sponzorskými dary. Společnost Parkinson je členem Evropské asociace společností pro Parkinsonovu nemoc (EPDA). V současné době je ve Společnosti Parkinson registrováno 2 200 členů s tímto onemocněním. Společnost má 19 regionálních klubů, které jsou rozmístěny po celé republice.

11. duben je Světový den Parkinsonovy nemoci, v této době se snaží kluby zvýšit povědomí o Parkinsonově chorobě u veřejnosti. V regionálních klubech se cvičí v tělocvičně a bazénu, nacvičuje se mluva s logopedem či se trénuje paměť. Setkávají se zde nemocní, jejich rodiny, pečovatelé a lidé se zájmem pomoci nemocným s Parkinsonovou chorobou. Pořádají se různé přednášky, výlety, kulturní akce a rekreace (ROTH, 2009).

### **5.2 EVROPSKÁ ASOCIACE SPOLEČNOSTÍ PRO PARKINSONOVU NEMOC (EPDA)**

Parkinsonova choroba je druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění (po Alzheimerově chorobě) a předpokládá se, že počet pacientů žijících s tímto onemocněním bude nadále stoupat.

Evropská asociace je nezisková organizace, která se zabývá udržením dobrých životních podmínek lidí žijících s Parkinsonovou chorobou a jejich rodinám, zajištění kvalitní ošetrovatelské péče v celé Evropě prostřednictvím zvyšování standardů, zvýšit veřejné a politické mínění o Parkinsonově chorobě a snížit diskriminaci téměř 1,2



miliónu pacientů s tímto onemocněním. Asociace byla založena v červnu 1992 v Mnichově. V současné době je členem Evropské společnosti 45 organizací z celé Evropy.

Červenobílý tulipán byl přijat jako logo Evropské asociace společností pro Parkinsonovu nemoc. Světový den Parkinsonovy nemoci je 11. dubna. (ROTH, 2009).

## 6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉ S PARKINSONOVOU CHOROBOU

### 6.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

**Jméno a příjmení:** X.Y

**Pohlaví:** Žena

**Datum narození:** 5.5.1953

**Věk:** 60let

**Adresa bydliště a telefon:** Jilemnice

**Typ přijetí:** Akutní

**Vzdělání:** střední zdravotnická škola - laborant

**Zaměstnání:** Invalidní důchod (2003)

**Stav:** vdaná

**Státní příslušnost:** ČR

**Datum přijetí:** 13.11.2012

**Oddělení:** Standardní lůžkové

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** Pacientka byla přijata k vyšetření pro váhový úbytek v posledních měsících

**Medicínská diagnóza hlavní:** Parkinsonova choroba (2002)

**Medicínské diagnózy vedlejší:** Artróza 3.stupně pravé kyčle

### 6.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

**TK:** 110/75 mmHg

**P:** 75/min

**D:** 18/min

**TT:** 36,6 °C

**Výška:** 156cm

**Hmotnost:** 46,7kg

**BMI:** 18 - podvýživa

**Pohyblivost:** Barthelové test všedních denních

aktivit – 50b– střední závislost

**Krevní skupina:** B

**Nynější onemocnění:** Parkinsonova choroba (2002)

**Informační zdroje:** Ošetřovatelská dokumentace, pacientka, rodina, zdravotnický personál

**Farmakologická anamnéza (FA)** – Isicom 250mg 1/2tbl. 8-12-16-19, Seroquel 200mg 1/4tbl. v 8 h., 1 tbl. v 18h. , Depakine chrono 500mg tbl. 1-0-1, Lecardop 200mg 1tbl ve 22h., Nutridrink 4-6x denně, Kalnormin 1g tbl. 1-1-1, Lactulóza 3x denně 2ml., Motilium tbl. 2-2-2, Gutron 2,5mg tbl. 1-0-1 , Fraxiparine 0,4ml v 6h., Madopar HBS tbl. na noc, Nutrisone Energy Fibere 70ml/h 6-22, Ringer 500ml 6-10 a 14-18.

**Alergická anamnéza (AA)** – negativní

**Pracovní anamnéza (PA)** – od roku 2003 v plném invalidním důchodu, dříve pacientka pracovala jako laborantka v nemocnici.

**Abusus** – alkohol neguje, nekouří.

### **6.3 PRŮBĚH HOSPITALIZACE**

Pacientka X.Y. byla na neurologické oddělení přijata dne 13. 11. 2012 v 9 hodin. O pacientku jsme začali pečovat od 10. 12. 2012, v tento den jsme od ní získali informace pro vypracování ošetřovatelské anamnézy, viz příloha E. Každý den ráno docházel k pacientce fyzioterapeut, který u pacientky prováděl rehabilitační cviky, nejdříve na lůžku, později chůzi v pojízdném chodítku. V Barthelové testu základních všedních činností měla pacientka 50b.- závislost středního stupně. Dopomoc je potřeba při oblékání, koupání, osobní hygieně a při použití toalety. Pacientka se sama zvládne najíst, napít a přesunout z lůžka na židli. Ranní hygienu jsme prováděli s pacientkou ve sprše. Z důvodu zvýšeného pocení bylo nutné, aby pacientka byla v čistotě a cítila se svěží. Na základě ordinace lékaře jsme denně prováděli bandáž dolních končetin, měřili jsme fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesná teplota), které byly vždy v normě. U pacientky jsme sledovali bilanci tekutin po 12 hodinách, kterou jsme zapisovali do dokumentace. Léky jsme pacientce podávali dle časového rozpisu. Pacientka si vedla Deník parkinsonika, do kterého si každou hodinu zapisovala stav své hybnosti viz příloha F. Pacientka velmi dobře spolupracovala. Před přijetím k hospitalizaci byla pacientka plně kontinentní, s vyprazdňováním moči neměla žádný problém. Z důvodu zhoršeného zdravotního stavu při přijetí k hospitalizaci byla inkontinentní. Pacientka

měla zavedený permanentní močový katétr č. 18, periferní žilní katétr a nasogastrickou sondu, která byla ponechána po celou dobu hospitalizace.

## **6.4 PŘEHLED PROVEDENÝCH VYŠETŘENÍ**

### **Laboratorní vyšetření**

#### **Hemokoagulační vyšetření**

##### **INR**

1x týdně se pacientce odebírala krev na vyšetření srážlivosti – INR.

Hodnoty se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí.

#### **Hematologické vyšetření**

##### **Sedimentace a krevní obraz (dále jen KO)**

Pacientce se odebírala krev na KO a sedimentaci 2x týdně dle ordinace lékaře.

Hodnoty se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí.

## **6.5 PŘEHLED TERAPEUTICKÉ PÉČE**

### **Léky podávané per os**

Isicom 250mg ½ tbl. 8.00 -12.00 -16.00 -19.00hod.

Seroquel 200mg ¼ tbl. v 8.00 hod., 1tbl. v 18.00 hod.

Depakine chrono 500mg tbl. 1-0-1

Lecardop 200mg 1tbl. ve 22.00 hod.

Kalnormin 1g tbl. 6.00- 12.00- 18.00hod.

Lactulóza sirup 3x denně 2ml.

Motilium 2tbl. 8.00 -12.00 -18.00hod.

Gutron 2,5mg tbl 10.00 -16.00hod.

Nutridrink 250ml 4 – 6x denně

Madopar HBS na noc 1tbl.

### **Léky aplikované injekčně – s.c.**

Fraxiparine 0,4ml 6.00 hod.

### **Infuzní terapie**

Ringer 500ml 6-10hod., 14.00 -18.00 hod.

### **Enterální výživa**

Nutrisone Energy Fibere 70ml/hod 6.00 - 22.00, 50ml čaje

## **6.6 INDIKAČNÍ SKUPINY PODÁVANÝCH LÉKŮ A JEJICH MOŽNÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**

### **Isicom 250mg**

Indikační skupina – antiparkinsonikum

Nežádoucí účinky – zažívací potíže (nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, nechutenství), psychické poruchy (neklid, úzkost, porucha spánku, zvýšená agresivita, poruchy vnímání, nadnesená nálada), při dlouhodobé léčbě (poruchy hybnosti – mimovolní pohyby), příležitostně (rozmazané vidění, únava, poruchy srdečního rytmu, bušení srdce, návaly horka, zvýšená ospalost).

### **Seroquel 200mg**

Indikační skupina – antipsychotikum

Nežádoucí účinky – závratě, ospalost, bolest hlavy, sucho v ústech, přibývání na váze, nucení na zvracení, průjem, podrážděnost.

### **Depakine chrono 500mg**

Indikační skupina - antiepileptikum

Nežádoucí účinky – nevolnost, průjem, bolesti v oblasti žaludku, zmatenost, strnutí, zčervenání kůže, tvorba puchýřků, vypadávání vlasů, závratě, zvýšená únava, nepravidelná menstruace.

### **Lecardop 200mg**

Indikační skupina – antiparkinsonikum

Nežádoucí účinky – horečka, celkové zhoršení zdravotního stavu, alergická reakce (otok tváře, rukou, nohou, jazyka, jícnu), ztráta chuti, halucinace, zmatenost, závratě, poruchy spánku, deprese, bušení srdce, úbytek na váze, nevolnost, zvracení.

### **Kalnormin 1g**

Indikační skupina – soli a ionty

Nežádoucí účinky – nechutenství, nevolnost, zvracení, bolesti v nadbřišku, zvýšená hladina draslíku v krvi, poruchy srdečního rytmu.

### **Lactulóza**

Indikační skupina – laxancium, digestivum

Nežádoucí účinky – plynatost, křeče v břiše, průjem.

### **Motilium**

Indikační skupina – prokinetikum, antiemetikum

Nežádoucí účinky – křeče v břiše, třes, svalová ztuhlost, zvětšení prsů, nepravidelná menstruace, kopřivka, kožní vyrážka, dušnost, sípavé dýchání.

### **Gutron 2,5mg**

Indikační skupina – sympatomimetikum

Nežádoucí účinky – zvýšení krevního tlaku, pocit mravenčení v prstech, pocit chladu, husí kůže, zrychlení tepu, bušení srdce, poruchy trávení, pálení žáhy, zánět dutiny ústní, bolesti hlavy, neklid, rozrušení.

### **Nutridrink**

Indikační skupina – varia, kompletní tekutá výživa

Nežádoucí účinky – nejsou popisovány.

### **Fraxiparine 0,4ml**

Indikační skupina – atikoagulacium

Nežádoucí účinky – krvácivé projevy v různých místech, krevní výrony v místě vpichu, reakce v místě vpichu, zvýšení transamináz.

### **Madopar HBS**

Indikační skupina – antiparkinsonikum

Nežádoucí účinky – sucho v ústech, retence moči, nevolnost, zácpa, zvracení, závratě, rozmazané vidění, zmatenost, útlum, halucinace, deprese, arytmie.

### **Nutrisone Energy Fibere**

Indikační skupina – varia, enterální výživa

Nežádoucí účinky – nejsou popisovány.

### **Ringerův roztok**

Indikační skupina – infuzní roztok

Nežádoucí účinky - změny množství chemických látek v krvi, nadměrné množství tekutin v těle, srdeční selhání, horečka, infekce v místě infuze, lokální bolest či reakce (zarudnutí či otok v místě infuze), flebitida.

(KOCIÁNOVÁ, 2013)

## 6.7 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ke zpracování ošetřovatelské anamnézy u pacientky jsme použili model 12 vzorců funkčního zdraví podle M. Gordonové.

### Vnímání zdravotního stavu

Pacientka je o svém zdravotním stavu informována, Je sledována v ambulanci pro extrapyramidová onemocnění, kam dochází pravidelně jednou za půl roku. O své zdraví se snaží v rámci svých možností pečovat. Léky pacientka bere dle časového rozpisu pravidelně. Pacientka nekouří.

**Použita měřící technika: 0**

**Ošetřovatelský problém: 0**

### Výživa – metabolismus

Váha 46,7 kg, Výška 156 cm, BMI 18 – podvýživa

Pacientka má naordinovanou dietu 1S – kašovitá strava. V jídle pacientka není vybíravá. Doma nejraději jedla omáčky a kuřecí řízek s bramborovým salátem. V nemocnici má nejraději bramborou kaši s masovou omáčkou a ovocné jogurty. Jí častěji v malých dávkách. Přes den se pacientka snaží vypít 2 litry tekutin. Nejraději má ovocné šťávy a minerální vody. Pacientka ví, že minimálně hodinu před a po užití léku Isicom nesmí mléčné výrobky z důvodu, že lék by se nevstřebal. Klientka se doma stravovala bez pomoci. V nemocnici je nutné jí dát jídlo na stoleček, nají se sama bez pomoci. Z důvodu úbytku na váze a poruchy polykání má zavedenou NGS od 26. 11. 2012, kam dostává enterální výživu Nutrison Energy Fibere (6:00- 22:00, 70ml/hod. a 50ml ovocného čaje) – pacientka má zákaz příjmu per os, dne 11. 12. 2012 pacientce byla upravena dieta na 1S- kašovitá strava. NGS ponechána po celou dobu hospitalizace. Odpad z NGS nebyl žádný. Pacientka popíjí Nutridrink 250ml na doporučení nutričního terapeuta 4 – 6x denně.

Kůže pacientky je bez otoků, ran či hematomů. Pacientka má zavedený periferní žilní katétr od 14. 11. 2012, který je vyměňován dle standardu oddělení. Kožní turgor má pacientka přiměřený, je dostatečně hydratována. Z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a mobility pacientky hrozí střední riziko vzniku dekubitů. V Nortonově stupnici

má pacientka 22b. V Barthelové testu základních všedních činností má pacientka 50b. – závislost středního stupně. Pacientka má horní i dolní zubní protézu. Vlasy a nehty se nelámou, jsou čisté a upravené. Sliznice jsou vlhké. Má čistou ústní dutinu, bez povlaků a trhlin. Tělesná teplota pacientky je v normě, měří se 2x denně a její hodnota se pohybuje v rozmezí 36,3 °C – 36,8 °C .

**Použité měřicí techniky:** Body Mass Index – 18 - podvýživa, Nortonova stupnice – 22b, střední riziko vzniku dekubitů, Barthelové test základních všedních činností – 50b, závislost středního stupně.

**Ošetrovatelský problém:** infekce, riziko vzniku, péče o sebe sama nedostatečná v oblasti hygieny, stravování a vyprazdňování, porucha polykání.

### **Vylučování**

**Vylučování moče:** Před přijetím k hospitalizaci, byla pacientka plně kontinentní, s vyprazdňováním moči neměla žádný problém. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu při přijetí k hospitalizaci byla pacientka inkontinentní. Byl jí zaveden permanentní močový katétr (16.11., č.18) a je vyměňován dle standardu oddělení. Moč je světle žluté barvy, bez patologických příměsí. Měří se denní diuréza po 12 hodinách. Permanentní katétr odvádí zhruba 2 400ml moče za 24hodin.

**Vylučování stolice:** K vyprazdňování stolice dostává pacientka podložní mísu do lůžka. Vyprazdňuje se jednou za 2-3 dny. Je zvykem u pacientky vyprazdňovat se v ranních hodinách. Stolice je bez patologických příměsí, hnědé barvy, formovaná s fyziologickým zápachem. Obtíže při vyprazdňování pacientka neudává. Občas trpí zácpou, proto dostává 3x denně Lactulózu po 2ml dle ordinace lékaře. U pacientky je důležitá zvýšená péče o kůži z důvodu zvýšeného pocení.

**Použita měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** infekce, riziko vzniku, riziko poškození kožní integrity, inkontinence moči funkční.



## **Aktivita a cvičení**

Pacientka byla doma před hospitalizací plně mobilní, nyní z důvodu zhoršeného zdravotního stavu je pacientka imobilní. Předpokládá se, že zdravotní stav pacientky se zlepší natolik, že bude zase plně mobilní. Dopomoc je potřeba při oblékání, koupání, osobní hygieně a při použití toalety. Pacientka se sama zvládne najíst, napít a přesunout ze židle na lůžko. V Barthelové testu všedních denních aktivit má 50 b- závislost středního stupně, viz příloha E. Pacientka ráda chodila na procházky do přírody se svým manželem a psem. Snaží se cvičit sama na lůžku a každý den ráno za ní dochází fyzioterapeut, který s pacientkou nacvičuje rehabilitaci na lůžku a chůzi s pojízdným chodítkem. Mezi její záliby patří domácí práce, vyšívání, četba a pobyt v přírodě. Když byla pacientka doma, zvládala všechny běžné denní aktivity sama. Nemocná se snaží spolupracovat. Problémy s dýcháním nemá, pocit dušnosti a kašle nemá.

**Použita měřicí technika:** Barthelové test všedních denních aktivit – 50b, závislost středního stupně.

**Ošetrovatelský problém:** péče o sebe sama nedostatečná, chůze porušená

## **Spánek – odpočinek**

Problémy se spánkem pacientka nemá. V nemocnici spí denně zhruba 8-10 hodin, doma spala jen 6 hodin denně. Někdy má potíže s otáčením z boku na bok. Žádné léky na spaní neužívá. Když pacientka nespí, ráda si čte knížky a časopisy, které jí nosí manžel. Také si ráda povídá s ostatními pacientkami. Před spaním má pacientka ráda vyvětraný pokoj, usínání je pro ni poté snadnější.

**Použita měřicí technika: 0**

**Ošetrovatelský problém: 0**

## **Vnímání – poznávání**

Pacientka vnímá dobře. Je orientovaná místem, časem i osobou. Problém s komunikací není, naopak velmi ráda komunikuje s ostatními lidmi. U pacientky je omezení schopností zrakových. Nosí brýle na čtení. Na levém oku má 1,5 dioptrie, na pravém oku má 2,0 dioptrie. Problémy s výpadky paměti přisuzuje stáří. Hůře si pamatuje jména a čísla. Jinak nemá žádné problémy se zapamatováním. Problémy se

sluchem nemá, slyší velmi dobře. Kompenzační pomůcky používá při rehabilitaci (pojízdné chodítko). Dříve doma žádné kompenzační pomůcky nepotřebovala. Pacientka je při plném vědomí. Žádnou bolest neudává. Vzhledem k lékařské diagnóze jsou u pacientky mimovolní pohyby, třes, ztuhlost, proto si zapisuje do deníku parkinsonika stav své hybnosti.

**Použita měřicí technika:** deník Parkinsonika viz příloha F, Glasgow coma scale – 15b. (orientovaná místem, časem i osobou).

**Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Sebekoncepce – sebeúcta**

Pacientka je smířena se svým zdravotním stavem. Když se dozvěděla svoji diagnózu, byla na tom psychicky špatně, nyní svůj zdravotní stav bere velmi dobře. Pacientka má humornou náladu, která se občas střídá z úzkostí. Už si velmi přeje být doma se svým manželem a svým psem. Velmi jí v nemocnici chybí. Úlevu však pacientce přináší, když si může s někým popovídat, buď s rodinou, nebo se zdravotnickým personálem.

**Použita měřicí technika: 0**

**Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Plnění rolí – mezilidské vztahy**

Pacientka je v invalidním důchodu, dříve pracovala jako laborantka ve zdravotnictví. Bydlí společně s manželem v rodinném domě. Má 4 děti, které jsou již dospělé. Do nemocnice za ní dojíždí jen manžel. Děti jsou pracovně vytížené, ale pravidelně si telefonují. Pacientka je velmi komunikativní a cítí se dobře ve společnosti lidí a přátel. Mezi přáteli je velmi oblíbená a často ji navštěvují.

**Použita měřicí technika: 0**

**Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Sexualita – reprodukční schopnost**

Pacientka byla gravidní 4krát. Potraty neudává. Konec menstruace v 47letech. Gynekologické operace neprodělala. O závažném onemocnění pacientka neví. Má manžela, s kterým je 35 let.

**Použita měřicí technika: 0**

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance**

Pacientka se snaží být optimistkou. Vidí, že její stav se za poslední měsíc výrazně zlepšil. To jí dodává sílu nevzdávat se. Pacientce je při zvládání zátěžových situací oporou manžel, nejstarší syn a přátelé. Pobyt v nemocnici zvládá dobře, ale už se velmi těší domů.

**Použita měřicí technika: 0**

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Víra, přesvědčení – životní hodnoty**

Životní jistotou pacientky je manžel a její děti. Paní je nevěřící. Věří, že se její zdravotní stav změní natolik, že bude schopna samostatné chůze s pojízdným chodítkem.

**Použita měřicí technika: 0**

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Jiné**

Pacientka neudává žádné další informace, které by považovala za důležité.

## **6.8 SITUAČNÍ ANALÝZA**

Pacientka X.Y, narozena roku 1953, byla přijata na standardní lůžkové oddělení Neurologické kliniky VFN, k vyšetření pro váhový úbytek v posledních měsících. Žije společně s manželem v rodinném domě. Má 4 děti. Pacientka je 10 let v invalidním důchodu. Pacientce byla v roce 2002 diagnostikována Parkinsonova choroba. Pacientce byl zaveden periferní žilní katétr, z důvodu obtížného polykání byla zavedena nasogastrická sonda, která byla ponechána po celou dobu hospitalizace. Z důvodu dočasné inkontinence moči byl pacientce zaveden permanentní močový katétr. Pacientka má problémy s polykáním, proto sní pouze malé množství jídla. Pacientka byla doma před hospitalizací plně mobilní, nyní z důvodu zhoršeného zdravotního stavu

je pacientka imobilní. Předpokládá se, že zdravotní stav pacientky se zlepší natolik, že bude zase plně mobilní. V Barthelové testu všedních denních aktivit dosáhla pacientka 50b což znamená střední závislost. Paní potřebuje dopomoc při oblékání, koupání, osobní hygieně a při použití toalety. Pacientka se sama zvládne najíst, napít a přesunout z lůžka na židli. Paní je orientována místem, časem i osobou. Velmi dobře spolupracuje. Chůze je možná s pojízdným chodítkem, nebo za pomoci zdravotnického personálu či svého manžela. Hydratace je přiměřená. Z důvodu zvýšeného pocení bylo nutné, aby pacientka byla v čistotě a cítila se svěží. Pacientka má nasazenou antikoagulační terapii. Pacientka si vede Deník parkinsonika, do kterého si každou hodinu zapisuje stav své hybnosti, viz příloha F.

## 6.9 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Na základě potřeb pacientky jsme stanovili ošetřovatelské diagnózy, které jsme seřadili podle priorit pacientky. Ošetřovatelské diagnózy jsou stanoveny dle NANDA taxonomie I. – kapesní průvodce zdravotní sestry (DOENGES, 2001).

1. **Polykání porušené** z důvodu oslabení polykacího reflexu projevující se přijímáním omezeného objemu jídla a sníženým BMI.
2. **Chůze porušená** v důsledku nervově svalové poruchy projevující se neschopností pohybovat se v prostředí podle potřeby.
3. **Inkontinence moči funkční** z důvodu nervově svalové poruchy projevující se samovolným únikem moči.
4. **Péče o sebe sama nedostatečná** v důsledku nervově svalové poruchy projevující se závislostí na druhé osobě při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti hygieny (2).
5. **Péče o sebe sama nedostatečná** v důsledku nervově svalové poruchy projevující se závislostí na druhé osobě při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti vyprazdňování (3).
6. **Péče o sebe sama nedostatečná** v důsledku nervově svalové poruchy projevující se závislostí na druhé osobě při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti příjmu jídla (1).

7. **Riziko poškození kožní integrity** z důvodu vysokého pocení a zhoršené pohyblivosti pacientky.

8. **Poranění, zvýšené riziko** z důvodu nervově svalové poruchy.

9. **Riziko krvácivých projevů** z důvodu antikoagulační léčby.

10. **Infekce, riziko vzniku** z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

11. **Infekce, riziko vzniku** z důvodu zavedení permanentního močového katétru.

12. **Infekce, riziko vzniku** z důvodu zavedení nasogastrické sondy.

## **6.10 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

**Polykání porušené z důvodu oslabení polykacího reflexu projevující se přijímáním omezeného objemu jídla a sníženým BMI.**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je schopna přijímat stravu a tekutiny do konce hospitalizace.

Pacientka dosáhne žádoucí tělesné hmotnosti do 14 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má upravený individuální nutriční plán do 2 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka dosáhne požadovaného přírůstku na váze (0,5kg za týden)
- pacientka je poučena a chápe nevyhnutelné změny ve stravování nutných pro zvýšení tělesné hmotnosti, do 1 hodiny
- pacientka má dostatečný přísun energie a tekutin do 48 hodin
- pacientka dobře snáší novou dietu do 24 hodin
- u pacientky nedojde k aspiraci během celého dne
- pacientka pije 3x denně vysokoenergetický nápoj
- pacientka přijímá normálně potravu a tekutiny, do 1 týdne
- pacientka konzumuje potravu sama, bez použití pomůcek, do 1 týdne
- pacientka zná energetickou hodnotu jednotlivých potravin, obsah vitaminů a minerálů, do 2 dnů

### **Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- zaznamenávej váhu pacienta po celou dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- odsávej sekret z dutiny ústní dle potřeby – všeobecná sestra
- ber neustále zřetel na to, co pacientce chutná – všeobecná sestra
- vždy zvol jídlo takové konzistence, aby ho pacientka co nejnáze spolkla – všeobecná sestra
- zkontroluj dutinu ústní po každém soustu – všeobecná sestra
- nepospíchej na pacientku při podávání stravy – vždy, všeobecná sestra
- sleduj příjem a výdej tekutin a stravy po 12hodinách – všeobecná sestra
- sleduj tělesnou hmotnost, aby bylo možné posoudit adekvátní stav výživy (4x týdně) – všeobecná sestra
- sleduj laboratorní hodnoty (biochemické, imunologické a hematologické) 2x týdně – všeobecná sestra
- po každém jídle vyčisti dutinu ústní – všeobecná sestra
- rozdrčené léky podávej vždy spolu s jogurtem nebo pudinkem – všeobecná sestra
- vždy při aplikaci Nutrisonu Energy Fibere do NGS dej pacientku do polosedu, aby se zabránilo aspiraci – všeobecná sestra
- po každé aplikaci výživy propláchni NGS čajem – všeobecná sestra
- měň polohu NGS (každý den) – všeobecná sestra
- sleduj neustále stav hydratace – všeobecná sestra

### **Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Pacientku jsem každé pondělí vážila. Sekret z dutiny ústní nebyl potřeba odsávat, pacientka nebyla zahleněná. Snažila jsem se pacientce podávat její oblíbená jídla jako je, bramborová kaše s masovou omáčkou a ovocné jogurty. Po každém soustu jsem zkontrolovala, zda ho pacientka spolkla, aby nedošlo k aspiraci. Od 11. 12. 2012 byla pacientce upravena lékařem dieta na 1S – kašovitá. Zapisovala jsem příjem, výdej tekutin, stravy a tělesnou hmotnost do dokumentace. Jídlo bylo vždy esteticky upravené. Po každém jídle si pacientka vyčistila dutinu ústní. Pacientce byl naordinován nutričním terapeutem Nutridrink 250ml 4 – 6x denně. Pacientce velmi chutnal jahodový a čokoládový. Každý den vypila 4 Nutridrinky. Celkový příjem tekutin se pohyboval okolo 2l za den.

Rozdrcené léky jsem podávala dle ordinace lékaře společně s jogurtem či pudinkem. Při aplikaci Nutrisonu Energy Fibere (70ml/hodina, 6.00 – 22.00) jsem zajistila, aby pacientka byla v polosedu a nedošlo tak k aspiraci. Po každé aplikaci výživy jsem nasogastrickou sondu propláchla 50ml čaje. Každý den jsme měnili polohu a místo fixace sondy.

Každý den jsem zaznamenávala bilanci tekutin a měřila kožní turgor. Sliznice jsou vlhké. Pacientka má čistou dutinu ústní, bez povlaků a trhlín.

### **Hodnocení : 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

Pacientka za dobu naší praxe přibyla na váze 3kg. Nutriční terapeut naordinoval pacientce popíjení Nutridrinku 4- 6x denně. Příjem tekutin byl kolem 2- 2,5l/den. Pacientce byla upravena dieta na tekutou stravu. Vždy vše snědla. Nasogastrická sonda byla pacientce ponechána po celou dobu hospitalizace. Pravidelně jsme kontrolovali polohu sondy. Pacientka neaspirovala.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

**Chůze porušená v důsledku nervově svalové poruchy projevující se neschopností pohybovat se v prostředí podle potřeby.**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky nedojde ke zhoršení chůze po dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka akceptuje pomoc druhých lidí do 3 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka je schopna pohybovat se v prostředí dle svých schopností pomocí kompenzačních pomůcek do týdne
- pacientka si osvojí postupy a způsoby umožňující provádění činnosti do 2 dnů
- pacientka je ochotna účastnit se aktivit do 1 dne

**Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- zajisti bezpečnost pacientky, věnuj pozornost prevenci pádu vždy – všeobecná sestra
- doporuč a kontaktuj fyzioterapeuta dle potřeby – všeobecná sestra
- monitoruj bolest denně – všeobecná sestra
- ved' pacientku k co největší soběstačnosti vždy – všeobecná sestra

- sestav denní rozvrh tak, aby se střídala chůze s odpočinkem denně – všeobecná sestra
- aktivizuj pacientku během dne – všeobecná sestra
- sleduj denně výživu a pitný režim pacientky – všeobecná sestra
- vždy poskytni pacientce dostatek času na plnění úkolů při nácvičce chůze – všeobecná sestra
- pacientku neustále motivuj – všeobecná sestra
- pacientku neustále chval – všeobecná sestra

### **Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Dbala jsem na bezpečnost pacientky a odstranila jsem předměty, které by mohly ohrozit její bezpečnost. Doporučila jsem jí pevnou obuv. Během nočního klidu měla pacientka zvednuté postranice u lůžka.

Pacientka se snaží cvičit sama na lůžku a každý den ráno za ní dochází fyzioterapeut, který s pacientkou nacvičuje rehabilitaci na lůžku a chůzi s pojízdným chodítkem po oddělení, vždy za doprovodu fyzioterapeuta, všeobecné sestry nebo manžela pacientky. Každý den jsem monitorovala bolest. Pacientka žádnou bolest neudávala. U pacientky jsem se snažila, aby se střídal odpočinek s aktivitou. Dopoledne pacientka cvičila s fyzioterapeutem, poté odpočívala a odpoledne jí přišla rodina na návštěvu. Pacientka cvičila chůzi v pojízdném chodítku, v doprovodu svého manžela. Pobízela jsem pacientku k dodržování pitného režimu. Sledovala jsem příjem a výdej tekutin po 12 hodinách. Pacientku jsem se snažila motivovat k důsledné rehabilitaci. Chválila jsem jí za každý pokrok v rehabilitaci a léčbě.

### **Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

Ke zhoršení chůze nedošlo. Pacientka byla schopna chůze s pojízdným vozíkem po oddělení, vždy za doprovodu všeobecné sestry nebo fyzioterapeuta. Nácvičce chůze se prováděl 3x denně. Bolest pacientka neudává. Předměty, které by mohly ohrozit bezpečí pacientky, jsme odstranili z jejího dosahu.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.



**Inkontinence moči funkční z důvodu nervově svalové poruchy projevující se samovolným únikem moči.**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky dojde k obnovení normálního vylučování moči do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má neporušenou kůži kolem vývodu močové trubice a v oblasti perinea do 4 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka chápe vyvolávající příčiny inkontinence a zná všechny postupy, kterými lze zmírnit následky inkontinence - do 3 dnů
- pacientka slovně vyjádří chápání stavu a seznámení s postupy, jak inkontinenci zabránit – do 24 hodin
- pacientka zná možnosti, kterými lze poruchu ovlivňovat a předcházet komplikacím – do 24 hodin

**Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1.2013**

- zjistí vyvolávající příčiny inkontinence – do 1 dne – všeobecná sestra
- zajistí signalizační zařízení u lůžka - vždy – všeobecná sestra
- 2 až 3 hodiny před spánkem nepodávej žádné tekutiny, aby se omezilo močení v noci – všeobecná sestra
- dbej na dostatečnou péči kůže kolem ústí močové trubice a v oblasti perinea – vždy – všeobecná sestra
- sleduj bilanci tekutin každých 12 hodin – všeobecná sestra
- sleduj denně funkčnost močového katétru, zápach, příměsi a množství – všeobecná sestra
- dle indikace nauč pacientku cvikům k posílení pánevního dna
- chval neustále pacientku – všeobecná sestra
- vše zaznamenej do dokumentace – denně – všeobecná sestra
- před plánovaným vytažením prováděj trénink močového měchýře – 3 dny před vytažením PMK – všeobecná sestra
- pravidelně uzavírej katétr na určitou dobu (3 hodiny), pak následuje vyprázdnění močového měchýře v intervalu 5 minut – všeobecná sestra

**Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013:**

Pacientce byl zaveden permanentní močový katétr (16. 11. číslo 18) a byl vyměňován dle standardu oddělení. Močový katétr odvádí moč světle žluté barvy, bez patologických příměsí. U pacientky jsem měřila denní diurézu po 12 hodinách. Permanentní katétr odvádí zhruba 2 400ml moče za 24hodin. Pacientka měla vždy zajištěno signalizační zařízení v blízkosti lůžka. Denně jsem se starala o okolí ústí močové trubice a oblasti perinea, které jsem 3 x denně promazávala Menalindem. Pacientka prováděla pravidelně cviky k posílení pánevního dna a nácvik hlubokého břišního dýchání. Položila se na záda, pokrčila dolní končetiny a obě ruce měla položené na břicho. Nadechla se nosem a snažila se dýchat do svých rukou.

**Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

Pacientka byla poučena všeobecnou sestrou o cvicích, které jí pomohou k posílení pánevního dna. PMK byl pacientce odstraněn 2 dny před přeložení na oddělení rehabilitace (8.1.2013). Cviky k posílení pánevního dna pacientka zvládá. Pacientka má na konci hospitalizace obnoveno normální vylučování moči a je bez známek infekce. Ošetrovatelské intervence nadále nepokračují.

**Péče o sebe sama nedostatečná v důsledku nervově svalové poruchy, projevující se závislostí na druhé osobě při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti hygieny (2).**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky nedojde ke zhoršení sebezpěče při vykonávání běžných denních aktivit po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je seznámena s možností pomoci do 2 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka je soběstačná podle svých možností a zdravotního stavu s použitím kompenzačních pomůcek (pojízdné chodítko) do týdne
- pacientka akceptuje pomoc druhých do 1 dne
- pacientka je v dobrém psychickém stavu do 2 dnů
- pacientka má čistou, neporušenou kůži do 24 hodin

**Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- zhodnot' stupeň soběstačnosti (Barthelové test) 2x týdně – všeobecná sestra
- zajisti 2x denně hygienickou péči, péči o dutinu ústní, promazávání kůže – všeobecná sestra
- sleduj bilanci tekutin každých 12 hodin – všeobecná sestra
- vždy po vyprázdnění zajisti hygienickou péči o genitálie a ruce – všeobecná sestra
- sleduj denně funkčnost močového katétru, zápach, příměsi a množství – všeobecná sestra
- neustále aktivně zapojuj pacienta a rodinu – všeobecná sestra
- při úkonech osobní péče vždy zachovej soukromí – všeobecná sestra
- motivuj neustále pacientku k co největší soběstačnosti – všeobecná sestra
- chval neustále pacientku – všeobecná sestra
- připrav pacientce pomůcky na dosah ruky vždy – všeobecná sestra
- zajisti signalizační zařízení u lůžka vždy – všeobecná sestra

**Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Stupeň sebezpěče jsem zhodnotila podle Barthelové testu základních všedních činností, ve kterém má pacientka 50b – závislost středního stupně na druhé osobě. Dopomoc je potřeba při oblékání, koupání, osobní hygieně a při použití toalety. Hygienu jsem prováděla s pacientkou ve sprše. Snažila jsem se jí co nejvíce aktivizovat,

podávala jsem jí žínku a pacientka si sama omyla obličej a horní část těla. Po koupeli jsem pacientku promazala silikonovým olejem.

Pobízela jsem ji k dodržování pitného režimu. Zaznamenávala jsem bilanci tekutin. Po vyprázdnění jsem pacientce zajistila hygienickou péči o ruce a genitálie. Sledovala jsem 2x denně funkčnost permanentního močového katétru, jeho příměsí, barvu a zápach. Pomáhala jsem pacientce při oblékání. Pomohla jsem jí navléci jeden rukáv, druhý rukáv si pacientka zvládla obléci sama. Pacientka velmi ráda nosí svetry, pomáhala jsem jí pokaždé zapnout knoflíky. Do ošetrovatelského procesu se často zapojoval i manžel pacientky, který se o ní staral během odpoledních návštěv. Při úkonech osobní péče jsem zachovala soukromí pacientky.

Pacientku jsem motivovala a chválila. Na pacientku jsem nespíchala, na všechny denní aktivity měla dostatek času. Signalizační zařízení měla pacientka vždy na dosah ruky.

#### **Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

U pacientky nedošlo ke zhoršení stupně sebepéče při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti hygieny. Pacientka se snažila co nejvíce zapojit a aktivně pomáhala. Je poučena o možnosti pomoci druhé osoby, jestliže to sama nebude zvládat. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

**Péče o sebe sama nedostatečná v důsledku nervově svalové poruchy, projevující se závislostí na druhé osobě při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti vyprazdňování (3).**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky nedojde ke zhoršení sebezpěče při vykonávání běžných denních aktivit po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je seznámena s možností pomoci do 3 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka je soběstačná podle svých možností a zdravotního stavu s použitím kompenzačních pomůcek do týdne.
- pacientka akceptuje pomoc druhých do 1 dne
- pacientka je v dobrém psychickém stavu do 2 dnů

**Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- zhodnot' stupeň soběstačnosti (Barthelové test) 2x týdně – všeobecná sestra
- zajisti 2x denně hygienickou péči, péči o dutinu ústní, promazávání kůže – všeobecná sestra
- sleduj denně funkčnost močového katétru, zápach, příměsi a množství – všeobecná sestra
- neustále aktivně zapojuj pacienta a rodinu – všeobecná sestra
- při úkonech osobní péče vždy zachovej soukromí – všeobecná sestra
- motivuj neustále pacientku k co největší soběstačnosti – všeobecná sestra
- chval neustále pacientku – všeobecná sestra
- připrav pacientce pomůcky na dosah ruky vždy – všeobecná sestra
- zajisti signalizační zařízení u lůžka vždy – všeobecná sestra

**Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Sledovala jsem 2x denně funkčnost permanentního močového katétru, jeho příměsi, barvu a zápach. Sledovala jsem frekvenci vyprazdňování stolice (jednou za 2 dny). Při úkonech osobní péče jsem zachovala soukromí pacientky.

Pacientku jsem motivovala a chválila. Na pacientku jsem nespíchala, na všechny denní aktivity měla dostatek času. Signalizační zařízení měla pacientka vždy na dosah ruky.

**Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

U pacientky nedošlo ke zhoršení stupně sebezpěče při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti vyprazdňování. Pacientka se snažila co nejvíce zapojit a aktivně pomáhala. Je poučena o možnosti pomoci druhé osoby, jestliže to sama nebude zvládat. Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

**Péče o sebe sama nedostatečná v důsledku nervově svalové poruchy projevující se závislostí na druhé osobě při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti příjmu jídla (1).**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky nedojde ke zhoršení sebezpěče při vykonávání běžných denních aktivit po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je seznámena s možností pomoci do 3 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka je soběstačná podle svých možností a zdravotního stavu s použitím kompenzačních pomůcek do týdne.
- pacientka akceptuje pomoc druhých do 1 dne
- pacientka je v dobrém psychickém stavu do 2 dnů

**Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- zhodnot' stupeň soběstačnosti (Barthelové test) 2x týdně – všeobecná sestra
- zajisti podání stravy a tekutin neustále – všeobecná sestra
- kontaktuj nutričního terapeuta dle potřeby – všeobecná sestra
- dodržuj vždy zásady úpravy jídla a stolování – všeobecná sestra
- sleduj bilanci tekutin každých 12 hodin – všeobecná sestra
- neustále aktivně zapojuj pacienta a rodinu – všeobecná sestra
- motivuj neustále pacientku k co největší soběstačnosti – všeobecná sestra
- chval neustále pacientku – všeobecná sestra
- připrav pacientce pomůcky na dosah ruky vždy – všeobecná sestra
- zajisti signalizační zařízení u lůžka vždy – všeobecná sestra

### **Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Stupeň sebeděče jsem zhodnotila podle Barthelové testu základních všedních činností, ve kterém má pacienta 50b – závislost středního stupně na druhé osobě. Pacientka měla zavedenou NGS z důvodu obtížného polykání. NGS byla ponechána preventivně po celou dobu hospitalizace. Byla jí naordinována nutričním terapeutem dieta 1S – kašovitá. Pacientka se nají sama lžící. Pacientce jsem nabízela 2x denně Nutridrink 250ml na doporučení nutričního terapeuta. Pobízela jsem ji k dodržování pitného režimu. Zaznamenávala jsem bilanci tekutin po 12 hodinách. Do ošetrovatelského procesu se často zapojoval i manžel pacientky, který se o ní staral během odpoledních návštěv. Pacientku jsem motivovala a chválila. Na pacientku jsem nespíchala, na všechny denní aktivity měla dostatek času. Signalizační zařízení měla pacientka na dosah ruky.

### **Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

U pacientky nedošlo ke zhoršení stupně sebeděče při vykonávání běžných denních aktivit v oblasti příjmu jídla. Pacientka se snažila co nejvíce zapojit a aktivně pomáhala. Je poučena o možnosti pomoci druhé osoby, jestliže to sama nebude zvládat. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

**Riziko poškození kožní integrity z důvodu vysokého pocení a zhoršené pohyblivosti pacientky.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky nedojde k porušení kožní integrity po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka zná zásady péče o kůži a možné komplikace do 30 minut.

Pacientka má dostatek informací o kožních změnách.

**Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- vyměňuj ložní a osobní prádlo - dle potřeby – všeobecná sestra
- zajisti dostatečnou hygienu každý den – všeobecná sestra
- kontroluj minimálně 3x denně stav kůže – všeobecná sestra
- nabízej neustále dostatek tekutin – všeobecná sestra
- podávej denně optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin – všeobecná sestra
- edukuj pacientku o kožních změnách ihned – všeobecná sestra
- používej jemná mýdla, masti a krémy denně – všeobecná sestra
- měň polohu pacientky v lůžku pravidelně podle časového rozvrhu – všeobecná sestra
- pacientku oblékni do volného oděvu každý den – všeobecná sestra
- chraň neustále pacientku před vznikem otlaků používáním podložek, polštářů a pěnových matrací – všeobecná sestra
- pátrej denně po začervenalých nebo bledších okřscích a ihned zahaj léčbu – všeobecná sestra
- veď neustále pacientku k rehabilitaci – všeobecná sestra

**Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Pacientce jsem měnila ložní a osobní prádlo dle potřeby a vždy ráno po hygieně. U pacientky byla zajištěna dostatečná hygiena. Každý den jsem 2x denně kontrolovala stav kůže. Aktivně jsem pacientce nabízela tekutiny. Pacientka dodržovala pitný režim. Denně vypila kolem 2l. Poučila jsem pacientku o kožních změnách, které se mohou objevit na predilekčních místech – začervení, pálení. Pacientka informacím rozuměla. Pacientka používala na hygienu jemné mýdlo s přijatelnou hodnotou pH. Pravidelně jsem kontrolovala predilekční místa. Polohu pacientky jsem měnila vždy dle časového rozvrhu oddělení. Pacientce jsem pomáhala obléci si volný oděv. Při každé změně



polohy byly použity polštáře a antidekubitní perličkové podložky proti vzniku otlaků na kůži pacientky. Vždy po hygieně jsem riziková místa ošetřila ochrannými prostředky jako je Menalind. Pacientka si sama pak ještě promazávala kůži krémem Nivea a silikonovým olejem.

Pacientka se snaží cvičit sama na lůžku a každý den ráno za ní dochází fyzioterapeut, který s pacientkou nacvičuje rehabilitaci na lůžku a chůzi s pojízdným chodítkem po oddělení. Vždy za doprovodu fyzioterapeuta, všeobecné sestry nebo manžela pacientky.

**Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

U pacientky po celou dobu hospitalizace nedošlo k poškození kožní integrity. Pacientka dodržovala pitný režim. Pacientka byla informována o kožních změnách. Zná zásady péče o kůži.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

## **Poranění, zvýšené riziko z důvodu nervově svalové poruchy.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky nedojde k pádu nebo úrazu po celou dobu hospitalizace.

Pacientka je zabezpečena proti pádu po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Při chůzi s pojízdným chodítkem nedojde k pádu pacientky po celou dobu

hospitalizace.

### **Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- zajisti bezpečí pacientky pomocí pomůcek doplňující lůžko vždy – všeobecná sestra
- edukuj pacientku o možnosti rizika pádu denně – všeobecná sestra
- zajisti bezpečí při chůzi s pojízdným chodítkem neustále – všeobecná sestra
- zajisti neustále signalizační zařízení v blízkosti lůžka – všeobecná sestra
- v případě pádu vypiš protokol o pádu – všeobecná sestra
- nauč pacientku používat pomůcky do 3 dnů – hrazdičku, chodítko, madla – všeobecná sestra
- upozorni pacientku na vhodnou obuv denně – všeobecná sestra
- vhodně uprav prostředí kolem lůžka denně – všeobecná sestra

### **Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Dbala jsem na bezpečnost pacientky a odstranila jsem předměty, které by mohly ohrozit její bezpečnost. Doporučila jsem jí pevnou obuv. Pacientka byla dostatečně informována o riziku pádu. Pacientka využila pomůcky doplňující lůžko (postranice, hrazdička). Signalizační zařízení má pacientka ve své blízkosti. Pacientka se snaží cvičit sama na lůžku a každý den ráno za ní dochází fyzioterapeut, který s pacientkou nacvičuje rehabilitaci na lůžku a chůzi s pojízdným chodítkem po oddělení. Vždy za doprovodu fyzioterapeuta, všeobecné sestry nebo manžela pacientky.

### **Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

V době našeho ošetřování k pádu či úrazu nedošlo. K posunu na lůžku a vstávání z lůžka pacientka používala hrazdičku. Při chůzi s pojízdným chodítkem byla pacientka doprovázena fyzioterapeutem, všeobecnou sestrou či svým manželem.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

## **Riziko krvácivých projevů z důvodu antikoagulační léčby.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Během antikoagulační léčby nedojde ke krvácivým projevům.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je informována o krvácivých projevech do 2 dnů.

### **Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- informuj pacientku o krvácivých projevech do 24 hodin – všeobecná sestra
- průběžně kontroluj případné krvácivé projevy minimálně 2x denně – všeobecná sestra
- komplikace ihned hlas lékaři – všeobecná sestra
- sleduj laboratorní hodnoty INR (hemokoagulační vyšetření krve) 1x týdně – všeobecná sestra
- aplikace Fraxiparinu dle ordinace lékaře a standardu oddělení – všeobecná sestra

### **Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Pacientku jsem informovala o krvácivých projevech (krvácení z dásní a dutin, malé krevní výrony v místě vpichu, reakce v místě vpichu, začervenání, hematom). Fraxiparine 0,4ml jsem aplikovala pod kůži s.c. jednou denně dle ordinace lékaře (6.00 hodin). Průběžně jsem kontrolovala, zda nedošlo ke krvácivým projevům. Místa vpichu jsem průběžně střídala. Pacientce se 1x týdně odebírala krev na hemokoagulační vyšetření dle ordinace lékaře (INR).

### **Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

Ke krvácivým projevům během antikoagulační léčby nedošlo. Fraxiparine jsme aplikovali dle lékaře a postupovali jsme dle ošetrovatelských standardů na oddělení. Hodnoty INR vyšetření byly v normě.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

## **Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katétru.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Infekce u pacientky nevznikne po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Včasné odhalení případných komplikací u pacientky.

### **Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- sleduj celkové projevy infekce – horečka, třesavka denně – všeobecná sestra
- sleduj místní projevy infekce – zarudnutí, bolest, otok denně – všeobecná sestra
- informuj pacientku o počátečních příznacích infekce vždy – všeobecná sestra
- při každé manipulaci postupuj asepticky – všeobecná sestra
- dbej vždy na řádnou dezinfekci rukou – všeobecná sestra
- minimálně 1x denně kontroluj místo vpichu – všeobecná sestra
- prováděj pravidelné převazy žilního katétru dle standardu oddělení – všeobecná sestra
- nejméně 1x za den propláchni žilní katétr fyziologickým roztokem s heparinem (antikoagulancium) - péče dle standardu oddělení – všeobecná sestra
- výměna žilního katétru dle standardu oddělení – všeobecná sestra
- sleduj laboratorní hodnoty (sedimentace, KO – krevní obraz) 2x týdně dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- vysvětli vždy důvod zavedení i.v. kanyly – všeobecná sestra
- postupuj podle standardu ošetrovatelské péče týkajícího se aplikace i.v.kanyly a infuzní terapie vždy – všeobecná sestra
- vše zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra

### **Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Pacientka měla zavedený periferní žilní katétr na LHK (levá horní končetina). Byla poučena všeobecnou sestrou o místních a celkových příznacích infekce. Pacientka informacím rozuměla. Sledovala jsem místní a celkové projevy zánětu. Kontrolovala jsem místo vpichu 2x denně. Proplach žilního katétru jsem prováděla 1x denně dle standardu oddělení. Při každé manipulaci jsem postupovala asepticky. Dbala jsem na řádnou hygienu rukou. Výměna žilního katétru byla prováděna dle standardu oddělení. Pacientce jsem odebírala krev na KO a sedimentaci 2x týdně dle ordinace lékaře. Výsledky se vždy pohybovaly ve fyziologickém rozmezí.

### **Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

Pacientka byla informována o počátečních příznacích infekce. K infekci za celou dobu hospitalizace nedošlo. Laboratorní vyšetření byla v normě.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

### **Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katétru.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Infekce u pacientky nevznikne po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Včasné odhalení případných komplikací u pacientky.

### **Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- informuj pacientku o počátečních příznacích infekce vždy – všeobecná sestra
- sleduj funkčnost katétru denně – všeobecná sestra
- sleduj barvu, příměsi a zápach moči denně - všeobecná sestra
- sleduj příjem a výdej tekutin každých 12 hodin – všeobecná sestra
- zajisti péči o močový katétr denně – všeobecná sestra
- zajisti dostatečnou hygienu genitálií vždy po vyprázdnění – všeobecná sestra
- při každé manipulaci s močovým katétrem postupuj asepticky – všeobecná sestra
- sleduj celkové projevy infekce – horečka, třesavka vždy – všeobecná sestra
- sleduj subjektivní příznaky infekce – pálení v oblasti ústí močové trubice vždy – všeobecná sestra
- výměna katétru dle standardu oddělení – všeobecná sestra
- dbej na osobní hygienu pacientky vždy – všeobecná sestra
- při případných komplikacích odeber krev na hemokultivaci dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- při případných komplikacích odeber moč na mikrobiologické vyšetření dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

### **Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Pacientka byla poučena všeobecnou sestrou o místních a celkových příznacích infekce. Pacientka informacím rozuměla. Denně jsem kontrolovala stav a průchodnost PMK. Odvádí moč slámově žluté barvy, bez příměsí a zápachu. PMK odvedl 2400ml

moče za 24 hodin. Zajistila jsem dostatečnou hygienu genitálu. Při každé manipulaci s PMK jsem postupovala asepticky. Sledovala jsem celkové projevy zánětu. Katétr se měnil dle standardu oddělení (14 dní). Dbala jsem na dostatečnou osobní hygienu pacientky. Pobízela jsem pacientku k dostatečnému příjmu tekutin. K infekci po celou dobu hospitalizace nedošlo.

**Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

Pacientka byla informována o počátečních příznacích infekce. K infekci za celou dobu hospitalizace nedošlo. Laboratorní vyšetření byla v normě.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

**Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení nasogastrické sondy.**

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Infekce u pacientky nevznikne po celou dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Včasné odhalení případných komplikací u pacientky.

**Plán intervencí od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

- kontroluj místo výstupu sondy denně – všeobecná sestra
- prováděj převazy sondy 1x denně – všeobecná sestra
- měň místo fixace sondy denně – všeobecná sestra
- kontroluj dobu zavedení sondy minimálně 2x denně – všeobecná sestra
- proplachuj sondu po každém podání výživy, alespoň 1x denně vlažnou vodou nebo hořkým čajem – všeobecná sestra

**Realizace od 10.12. do 21.12.2012 a od 7.1. do 11.1. 2013**

Každý den jsem prováděla převaz a kontrolu zavedení sondy. Měnila jsem místo fixace sondy každý den ráno. Po každé aplikaci výživy jsem sondu propláchla 50ml vody. Sledovala jsem místní a celkové příznaky infekce.

**Hodnocení: 11.1.2013**

Cíl byl splněn.

Pacientka byla informována o počátečních příznacích infekce. K infekci za celou dobu hospitalizace nedošlo. Laboratorní vyšetření byla v normě.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

## 7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Stanovili jsme si ošetřovatelské diagnózy a za pomoci ošetřovatelských intervencí, které jsme realizovali, se zdravotní stav pacientky výrazně zlepšil. Všechny cíle u ošetřovatelských diagnóz byly splněny. Pacientka byla propuštěna na rehabilitační oddělení v Jilemnici.

### 7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

#### Všeobecná sestra

Ošetřovatelská péče je individuální dle potřeb nemocného. Mezi nejčastější problémy parkinsoniků patří zácpa. Všeobecná sestra by měla pečovat o vyprazdňování pacienta, podávat laxativa (Lactulóza dle ordinace lékaře) a pečovat o dostatečnou hygienu pacienta. Je nutné dodržovat dostatečný pitný režim (2-3litry denně) a ve stravě dostatečný přísun vlákniny.

Parkinsonici mají problém s poruchou termoregulace. Téměř 2/3 pacientů s Parkinsonovou chorobou udává zvýšené pocení (hyperhidróza). Všeobecná sestra by proto měla dbát na to, aby pacient byl stále v suchém a čistém prádle. Všeobecná sestra by měla dbát na prevenci opruzenin (intertrigo) a proleženin (dekubitů). Pacienti by měli nosit volné oblečení.

Nemocní mají problémy s usínáním a brzy se budí. Všeobecná sestra by se měla snažit pacienta během dne co nejvíce aktivizovat. Hlavním úkolem a rolí všeobecné sestry je pomoci nemocnému udržet si nebo znovu získat samostatnost v provádění běžných denních činností. Pacient provádí také aktivní cvičení jako je nácvik chůze, vstávání z lůžka či židle a pasivní cvičení (cvičení bez zapojení aktivity pacienta, kdy za něj pohyb provádí zdravotnický pracovník nebo přístroj). Pacienti s Parkinsonovou nemocí mívají poruchy polykání, je nutné dbát, aby při jídle seděli vzpřímeně. Je velice důležité udělat si na jídlo dostatek času, nikdy nejíst ve spěchu. Polykání stimuluje doušek studené vody. S ohledem na stav nemocného by měl nutriční terapeut zvolit individuální stravu, např. při poruchách polykání je vhodná kašovitá strava. Z hlubokého talíře a lžící se bude nemocnému jíst pohodlněji. Kvůli tremoru (třesu) je dobré mít pití v uzavřeném hrnku s brčkem.

## **Rodina**

Ideální je zapojit do ošetřování rodinné příslušníky. Velmi důležité jsou také časté procházky a pobyt na čerstvém vzduchu. Při rehabilitaci je nutný individuální přístup. Pacienti s Parkinsonovou nemocí mívají poruchy polykání, je nutné dbát, aby při jídle seděli vzpřímeně. Je velice důležité udělat si na jídlo dostatek času, nikdy nejíst ve spěchu. Polykání stimuluje doušek studené vody. S ohledem na stav nemocného je nutné volit individuální stravu, např. při poruchách polykání je vhodná kašovitá strava. Z hlubokého talíře a lžící se bude nemocnému jíst pohodlněji. Kvůli tremoru (třesu) je dobré mít pití v uzavřeném hrnku s brčkem. Velkou roli hraje také chválení a povzbuzování pacienta. Rodina je pro pacienta oporou.

## **Pacient**

Poruchami spánku trpí téměř 96 % lidí s touto nemocí. Pacienti by měli omezit příjem tekutin během večera. Pokoj pacienta by měl být čistý, upravený a vyvětraný. Během spánku mají parkinsonici obtíže s otáčením. Na pevné, rovné matraci je otáčení lehčí. Lehká deka otáčení usnadní také. Nemocný by u sebe měl mít kartičku s léky, které bere a údaje o nemoci, což ulehčí komunikaci a přístupu např. při akutním příjmu k hospitalizaci.

Po probuzení je obtížné se posadit na lůžku a vstát, proto se bere první dávka léků ještě na lůžku. K snadnějšímu vstávání pomůže madlo u lůžka. Použití uzdičky k pelesti lůžka pomůže pacientovi do sedu. Lůžko má být tak vysoké, aby když si pacient sedne s dolními končetinami z lůžka, dosáhl na zem. Pacient může docházet do Společnosti Parkinson v České republice, kde společnost nabízí pomoc rodinám a nemocným s touto chorobou.



## ZÁVĚR

Tématem naší bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u nemocné s Parkinsonovou chorobou. Parkinsonova choroba je druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění (po Alzheimerově chorobě) a předpokládá se, že počet pacientů žijících s tímto onemocněním bude nadále stoupat.

Cílem naší práce bylo zpracovat příspěvek k ošetřování nemocných s Parkinsonovou nemocí. Na léčbě se podílí celý zdravotnický tým. Hlavní roli v léčbě toho onemocnění hraje rehabilitace, která musí být systematická. Ve spolupráci s logopedem sestra dohlíží na nemocného, aby mluvil pomalu a v jednoduchých větách. Myslíme si, že se naše cíle podařilo splnit.

V rámci své odborné praxe, která trvala 3 týdny v době od 10.12 do 21.12.2012 a od 7.1 do 11.1.2013 na standardním oddělení Neurologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice, jsme získali nové dovednosti a zkušenosti v ošetřování nemocných s touto nemocí. Více jsme nahlédli do problematiky pacientů s Parkinsonovou nemocí.

O pacientku X. Y. jsme se starali po celou dobu naší praxe. Pacientka byla komunikativní a společenská. Velmi dobře se s pacientkou spolupracovalo. Byla velmi ochotná odpovídat na všechny naše otázky. Pacientka souhlasila, s tím, že bude o ní zpracována bakalářská práce a bude předmětem našeho ošetřování. Její stav se za poslední měsíce výrazně zlepšil, 10.1.2013 byla přeložena do Jilemnice na oddělení rehabilitace.

Zpracování zvoleného tématu bakalářské práce bylo pro nás velkým přínosem. Vzhledem k tomu, že Parkinsonova choroba se vyskytuje v naší rodině, jsme velmi rádi, že jsme se mohli dozvědět více informací o vzniku, příčině, průběhu, léčbě nemoci. Tyto informace můžeme uplatnit i v naší blízké rodině, kde mohou pomoci a poradit.

## PŘEHLED POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BENETÍN, Ján a Peter VALKOVIČ, 2009. *Parkinsonova choroba*. Slovensko: Herba. ISBN 9788089171613.
- BONNET Anne-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba- rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0155-7.
- BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Maurea. ISBN 978- 80-902876- 4- 8.
- DOENGES, Marilynn a Mary MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80- 247- 0242- 8.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2000. *Somatologie*. 2. rozšíř. aktualiz. vyd. Olomouc: Epava. ISBN 80-86297-05-5.
- FÍŠAR, Zdeněk, 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. rozšíř. aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2737-0.
- JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KLEMPÍŘ, Jiří, 2013. *Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2834-9.
- KOCIÁNOVÁ, Svatava a Zdeňka ŠTENBÁKOVÁ, 2013. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 6. rozšíř. aktualiz. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 978 – 80 – 7333 – 095 – 8.
- MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ, 2004. *Patologie*. Praha: Grada. ISBN 80- 247- 0785- 3.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Nava tisk. ISBN 978 – 80 – 902876 – 9 – 3
- Ošetrovatelské dokumentace* [online]. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. 2014. [vid. 24.2.2014]. Dostupné z:  
<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20O%C5%A1et%C5%99ovate%20lsk%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20koncep%C4%8Dn%C3%ADch%20model%C5%AF.aspx>

- PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247- 1135- 5.
- RAI P.V., 2010. *Treatment of Parkinson disease*. America: Jaypee brothers medical publishers. ISBN 81- 8061- 555- 3.
- ROTH, J., M. SEKYROVÁ a E. RŮŽIČKA, 2005. *Parkinsonova choroba*. 3. rozšíř. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-044-5.
- ROTH, J., M. SEKYROVÁ a E. RŮŽIČKA, 2009. *Parkinsonova choroba*. 4. rozšíř. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-178-3.
- SEIDL, Zdeněk a Marcela VANEČKOVÁ, 2006. *Magnetická rezonance hlavy, mozku a páteře*. Praha: Grada. ISBN 978 – 80 – 247 – 1106 – 5.
- SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978 – 80 – 247 – 2733 – 2.
- SCHWARZ Shelley, 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247- 2321- 1.
- SMITH, Tony, 2005. *Encyklopedie lidského těla*, Z angl. orig. přel. Eugen Fales a Ivan Fales. 4. vydání. Praha: Fortuna print., 2005, ISBN 80-7309-368-5.
- Společnost Parkinson* [online]. Společnost Parkinson o.s. 2013. [cit. 22.11.2013]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/info/uzitecne-informace/o-pn-obecne>
- STEWART, A Factor and William J WEINER, 2008. *Parkinson's Disease: Diagnosis and Clinical Management: Second Edition* Edited. United States: Demos Medical Publishing. ISBN 978 - 1933864006.
- VOKURKA Martin a Jan HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.
- WABERŽÍNEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ, 2006. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80– 246– 102 – 5.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Čestné prohlášení.....	I
Příloha B – Hlavové nervy.....	II
Příloha C – Rehabilitační léčba – zastavení nebo zpomalení v chůzi.....	III
Příloha D – Rehabilitační léčba – sed na lůžku, vstávání z lůžka, otáčení na bok.....	IV
Příloha E – Ošetrovatelská anamnéza.....	VI
Příloha F – Deník hodnocení hybnosti Parkinsonovy nemoci.....	VIII
Příloha G – Logo Společnosti Parkinson v České republice.....	X

## **Příloha A – Čestné prohlášení**

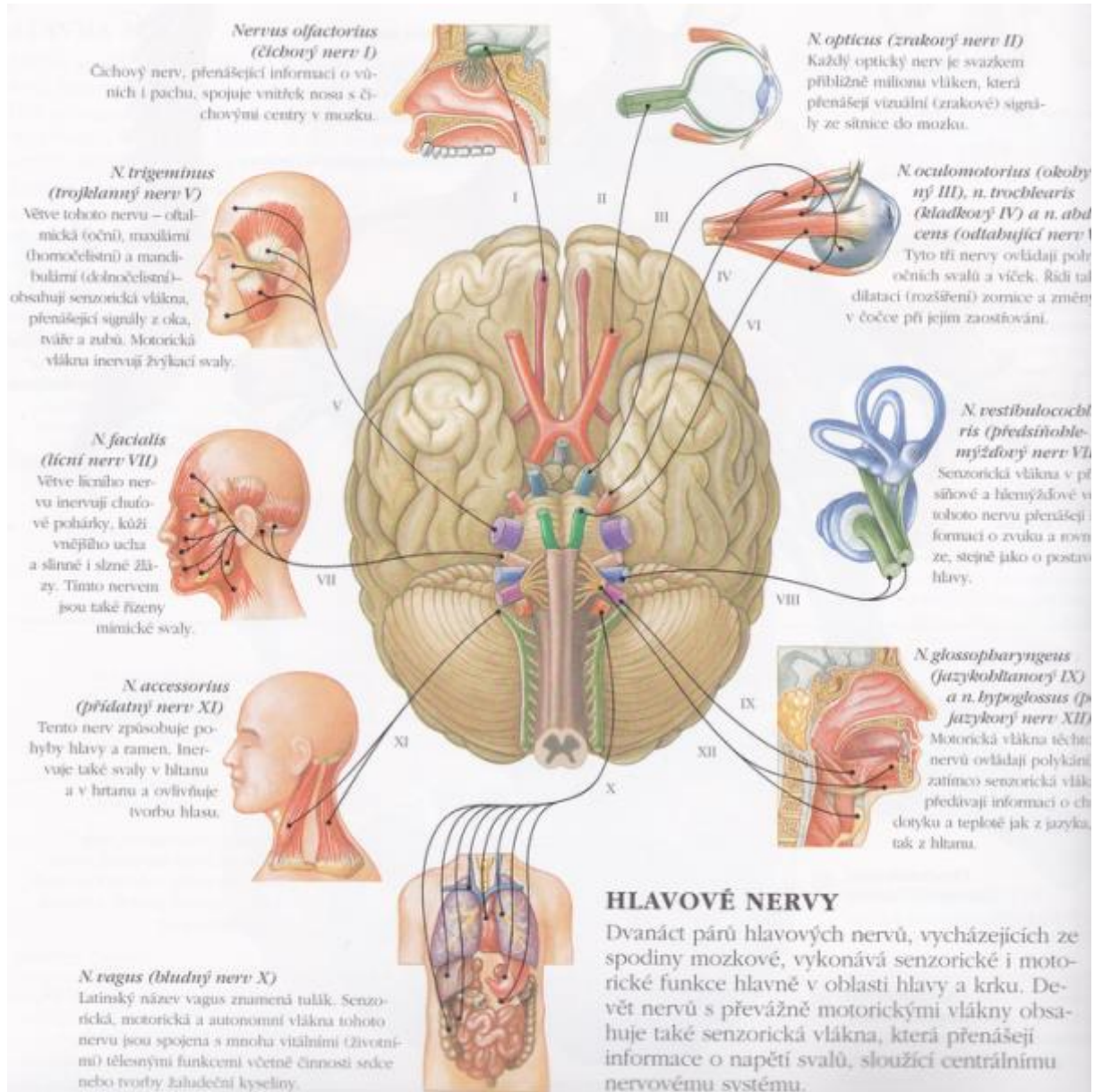
Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala údaje/podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u nemocného s Parkinsonovou chorobou získala v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....  
Jméno a příjmení studenta

## Příloha B – Hlavové nervy



### HLAVOVÉ NERVY

Dvanáct párů hlavových nervů, vycházejících ze spodiny mozkové, vykonává senzorecké i motorické funkce hlavně v oblasti hlavy a krku. Devět nervů s převážně motorickými vlákny obsahuje také senzorecká vlákna, která přenášejí informace o napětí svalů, sloužící centrálnímu nervovému systému.

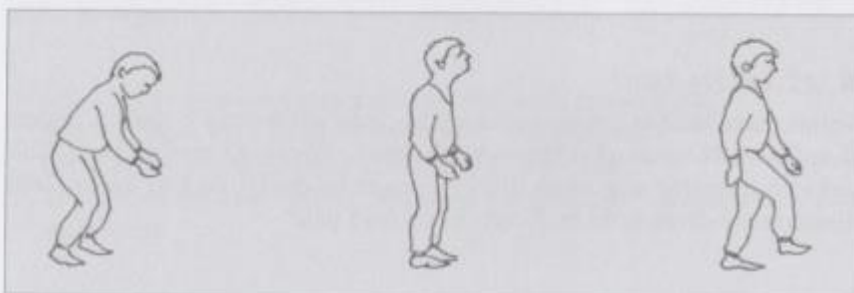
Zdroj: SMITH, 2005, 72

## Příloha C - Rehabilitační léčba – zastavení nebo zpomalení v chůzi

### ■ ZPOMALENÍ NEBO ZASTAVENÍ PŘI CHŮZI

V případě, že se chůze zpomaluje a nohy dělají malé krůčky, lze obvykle pozorovat, že hmotnost těla je přenesena na špičky, kolena jsou lehce pokrčena a paty jsou zvednuty. V takové situaci je nutné se zastavit a nepokračovat dále v chůzi! Hrozí pád!

- Snažte se hmotnost těla přenést na paty tím, že se podíváte nahoru nad sebe a záklonem vyrovnáte trup.
- Napněte kolena.
- Zhluboka se nadechněte a pak vydechněte.
- Jakmile ucítíte, že hmotnost těla je rozložena na celá chodidla, můžete pokračovat v chůzi.



- První vykročení provádějte pohyblivější končetinou. Zvedněte koleno a rázně vykročte (provedte výpad vpřed).
- Někdy dochází k situaci, kdy pohyb dopředu nejde. Pak proveďte nejprve krok vzad nebo stranou, a pak teprve vpřed.
- Nebo se zhoupněte ze strany na stranu až ucítíte, že se jedna dolní končetina uvolnila, a pak vykročte.
- Někdy pomůže tlesknutí dlaní na stehno a pak se snáze vykročí.
- Pomáhejte si počítáním do rytmu raz-dva, raz-dva.

### ■ ZPOMALENÍ NEBO ZASTAVENÍ POHYBU PŘI DENNÍCH ČINNOSTECH

Jestliže se při běžných činnostech během dne pohyb náhle zpomaluje nebo zastaví, postupujte stejným způsobem jako při obtížích s chůzí. To znamená, že nebudete pokračovat v načatém pohybu.

- Nepřipouštějte si, že původně zamýšlený pohyb nelze provést.
- Donuďte se k uvolnění celých horních končetin.
- Nejdříve se vyrovnajte v hrudní páteři a zakloňte hlavu.
- Zkuste provést švihový pohyb jednou nebo oběma horními končetinami, jako když vytřepáváte vodu z prstů nebo několikrát silou sevřete a otevřete pěsti.
- Teprve poté pokračujte v původně zamýšlené činnosti.

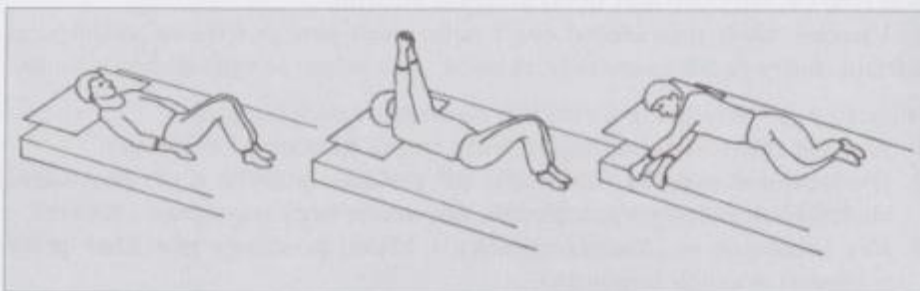
Zdroj: ROTH, 2009, 85- 86

## Příloha D - Rehabilitační léčba – sed na lůžku, vstávání z lůžka, otáčení na bok

### ■ OTÁČENÍ NA BOK

S otáčením na bok začněte tehdy, když jsou horní i dolní končetiny alespoň částečně pohyblivé.

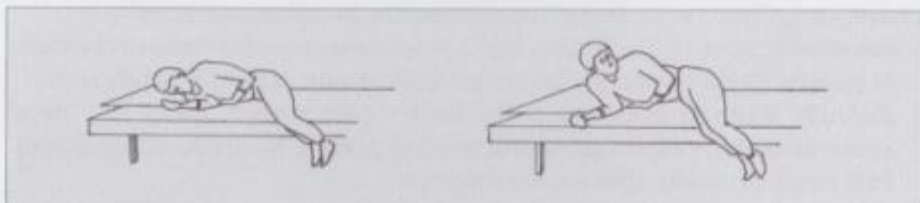
1. Obě dolní končetiny pokrčte v kolenou a šlapky opřete o podložku.
2. Spojte obě ruce – není to nutné, ale bývá to často účinné.
3. Otočte hlavu ke straně, kam se budete otáčet.
4. Obě ruce a pokrčená kolena přetočte stejným směrem jako hlavu.  
Otočení na bok musí být provedeno rychle!



### ■ SED NA LŮŽKU

A.

1. Z polohy např. na pravém boku spusíte (sesuňte) obě nohy z lůžka.
2. Začněte zvedat hlavu a trup do sedu a současně se podívejte vlevo nahoru na strop.
3. Pravou rukou se pomáhejte odtlačit do sedu.



Zdroj: ROTH, 2009, 84- 85



## Příloha D pokračování - Rehabilitační léčba – sed na lůžku, vstávání z lůžka, otáčení na bok

B.

1. Obě ruce sepněte (pokrčte) a zvedněte před obličej.
2. Obě dolní končetiny mírně pokrčte v kolenou a nadzvedněte je nad podložku.
3. Švihem se zhoupněte do sedu (jako kolébka).
4. Rozpojte ruce a opřete se o ně vzadu za tělem.
5. Nohy posuňte ke kraji lůžka a spusťte je dolů.

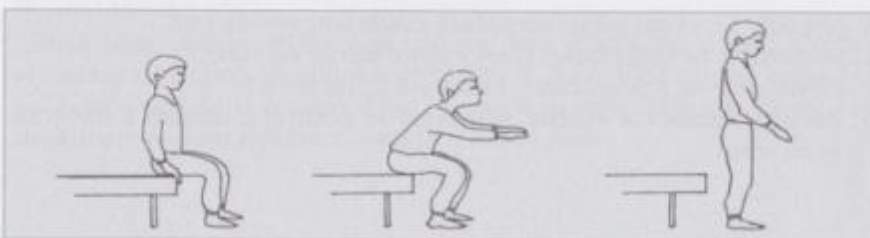


### ■ VSTÁVÁNÍ Z LŮŽKA

Vaše lůžko má být takové, abyste při sedu na okraji lůžka dosáhli na zem celými chodidly.

A.

1. Poposedněte si víc ke kraji lůžka.
2. Hodně pokrčte kolena, chodidla opřená celou plochou dejte asi 20 cm od sebe.
3. Nakloňte se v kyčlích hodně dopředu a mírně předpažte.
4. Podívejte se na strop.
5. Napněte svaly dolních končetin tak, aby napětí vycházelo z kolen a švihněte pažemi vzhůru, až se nadzvednete.
6. Narovnejte trup, tím dokončíte stoj.



Zdroj: ROTH, 2009, 84- 85

**Příloha E – Ošetřovatelská anamnéza**

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**  
 U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČ000064165, tel. č. 224961111  
**OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO STANDARDNÍ PÉČI** r.č.:  
 číslo protokolu:                     

Příjmení:                       
 Jméno:                       
 narozené číslo:                     

Kontakt na pacienta:                     

**OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA**

Vypíšte při první hospitalizaci pacienta, při pokračující hospitalizaci již není třeba tuto stranu vyplňovat; začínáme nový až vyhodnocením rizik.

<p><b>PŘÍJEM</b></p> <p>Datum: <u>13.11.2012</u> čas: <u>9:00</u></p> <p><input type="checkbox"/> plánovaný  <input checked="" type="checkbox"/> opakované přijetí</p> <p>Kontakt na příbuzné:          Přichází s dietou č. <u>32/12</u></p> <p>Alergie: <u>                    </u></p> <p>Entnosti: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><b>KONTAKT</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bez omezení  <input type="checkbox"/> ztížený</p> <p><b>FYZIOLOGICKÉ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ</b></p> <p>TK: <u>10/60</u> P: <u>78</u> TT: <u>26/12</u></p> <p><b>PSYCHICKÝ STAV</b></p> <p>Orience</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> orientovaný  <input checked="" type="checkbox"/> dezorientovaný:</p> <p>Emoce</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> klidný  <input type="checkbox"/> úzkostný  <input type="checkbox"/> pláčivý  <input type="checkbox"/> rozrušený  <input type="checkbox"/> podrážděný</p> <p><input type="checkbox"/> jiné</p> <p><b>SPÁNEK</b></p> <p>narušený <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><b>DÝCHÁNÍ</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bez změn  <input type="checkbox"/> žilnost</p> <p><input type="checkbox"/> křídlová  <input type="checkbox"/> noční</p> <p>chronická medicace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p><b>POTŘEBA PASTORAČNÍ (DUCHOVNÍ) PÉČE</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><b>POTŘEBA KONTAKTU SE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><b>BOLEST</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <p>Intenzita: 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p> <p>lokalizace: <u>                    </u></p> <p><b>VÝZNAMNÝ HANDICAP</b></p> <p><input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> řeč  <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> čizinec  <input type="checkbox"/> pohybový <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p><b>POMŮCKY</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> berle/hůl  <input type="checkbox"/> naslouchátko <input checked="" type="checkbox"/> zubní protéza:  <input type="checkbox"/> vozík <input checked="" type="checkbox"/> horní <input checked="" type="checkbox"/> dolní  <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p><b>VYPRAZDŇOVÁNÍ</b></p> <p>problémy s močením</p> <p><input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence  <input checked="" type="checkbox"/> PMK <input checked="" type="checkbox"/> stomie <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>Datum zavedení PMK: <u>16.11.2012</u></p> <p><b>vyprazdňování stolice</b></p> <p><input type="checkbox"/> bez problémů <input checked="" type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem  <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie</p> <p>Datum poslední stolice: <u>                    </u></p>	<p><b>KŮŽE</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bez změn  <input type="checkbox"/> změny na kůži</p> <p>otoky <input type="checkbox"/>          rány <input type="checkbox"/>          dekubity <input type="checkbox"/></p> <p><small>(vypíšte formulář F-VFN-200)</small></p> <p><input type="checkbox"/> začervenání  <input type="checkbox"/> tvorba puchýřků  <input type="checkbox"/> hluboké poškození tkáně  <input type="checkbox"/> nekróza</p> <p><b>INVAZIVNÍ VSTUPY</b></p> <p><input type="checkbox"/> periferní žilní katétre zaveden dne: <u>                    </u>  <input type="checkbox"/> centrální žilní katétre zaveden dne: <u>                    </u>  <input type="checkbox"/> portová jehla zavedena dne: <u>                    </u>  <input type="checkbox"/> implantovaný podkožní žilní katétre zaveden dne: <u>                    </u>  <input type="checkbox"/> drén zaveden dne: <u>                    </u>  <input type="checkbox"/> Jiné (peritoneální dialyzační katétre, hemodialyzační kamla, SHEAT, epidural, arteriální katétre at.) zaveden dne: <u>                    </u></p> <p><b>POZNÁMKY:</b></p> <p>* Hospitalizace bez souhlasu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne          od <u>                    </u> do <u>                    </u></p> <p>Podpis a razítko sestry: <u>                    </u> datum: <u>                    </u>          čas: <u>                    </u></p>
---	--	---

Zdroj: Neurologická klinika VFN, Praha 2, U Nemocnice 2

# Příloha E – Ošetřovatelská anamnéza - pokračování

BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ		ROZŠÍŘENÁ STUPNICE HORTONOVÉ					Opakujte screeningu po 7 dnech hospitalizace				
činnost	provedení činnosti	bodové skóre	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
1. příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5	4 úplná	<do 10 let	normální	žádné	dobry	buďlý	chodící, samostatný	úplná	kontinentní
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5	3 málo	<do 30 let	suchá, šupinatá	snížení imunity horečka diabetes mellitus	zhoršen	apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5	2 částečná	<do 60 let	vlhká	sklerosis multiplex občasná anemie	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omezená	inkontinence převážně moče
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5	1 žádná	>60 let +	alergie, porušená	poružení cév kachexie narciniom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	inkontinence moče a stolice
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní	10 5	Riziko vzniku dekubitu	nizké (24 - 25 bodů) žádné (25 a více bodů)			střední				
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0	CELKEM								
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5									
8. přenos lůžko jídel	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět	15 10 5									
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozku 50 m neprovede	15 10 5									
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5									
CELKEM bodů:		50/70									
<b>RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK PÁDU</b> <input type="checkbox"/> věk 65 let a více <input type="checkbox"/> pooperační období <input type="checkbox"/> závratě <input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, antidepresiva, antihypertenziva, laxantia) Celkem bodů: bez rizika (0-1 bod) <b>Každá zaškrtnutá položka = 1 bod</b> riziko vzniku pádu (7-11 bodů)											
<b>VÝŽIVA/HYDRATACE</b> Hmotnost/výška: 46 kg / 170 cm BMI (BMI: kg/m <sup>2</sup> ): 15.7 (obvod pasu: 28cm M/22cm ž=BMI 23) <input checked="" type="checkbox"/> kožní turgor <input checked="" type="checkbox"/> Parenterální výživa <input checked="" type="checkbox"/> Enteralní výživa <input checked="" type="checkbox"/> Sonda zaváděna dříve: 26.11.2024 <input checked="" type="checkbox"/> PEG zaveden dříve: <input checked="" type="checkbox"/> Diabetik <input type="checkbox"/> amp <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> na insulínu <input type="checkbox"/> na PAD <input type="checkbox"/> na diáleze											
<b>RIZIKO MALNUTRICE</b> BMI: < 18,5 Naplánovaný pokles hmotnosti za posledních 3-6 měsíců: > 10 Předpoklad nepřijímání stravy: > 5 dní Skóre: 2 Skóre 2 a více - kontaktujte ošetřujícího lékaře nebo nutričního terapeuta.											
<b>Hodnocení stupně závislosti:</b> 0-40: vysoká závislost 45-60: závislost středního stupně 65-95: lehká závislost 96-100: nezávislý											

Zdroj: Neurologická klinika VFN, Praha 2, U Nemocnice 2

# Příloha F – Deník hodnocení hybnosti Parkinsonovy nemoci

**Deník pro hodnocení hybnosti u Parkinsonovy nemoci**

měno a příjmení: K. H.      Další údaje: \_\_\_\_\_

lék	hodina																									
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24							
<i>kinem 200mg 0,6l</i>			<i>100</i>				<i>150</i>								<i>150</i>											

datum: <i>10. 8. 2011</i>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24							
mimovolní pohyby (dyskineze)																										
dobrá hybnost („ON“)				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
ne zcela dobrá hybnost		X																								
hybné zpomalení, ztuhlost či třes („OFF“)																										

datum: <i>11. 8. 2011</i>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24							
mimovolní pohyby (dyskineze)																										
dobrá hybnost („ON“)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
ne zcela dobrá hybnost																										
hybné zpomalení, ztuhlost či třes („OFF“)																										

poznámky: *Qwenče X svoj stav hybnosti v jednotlivých časových intervalech. Spíše se umiřuje X.*

Dobroslav supervisor materiálů: Centrum evropských neurologických onemocnění/Neurologická klinika LF UK a FN v Plzni  
Materiál vyvíjel za podpory svého pobytu na Jarmy Boehringer Ingelheim, © Boehringer Ingelheim, 2007.

Zdroj: Neurologická klinika VFN, Praha 2, U Nemocnice 2

**Příloha F – Deník hodnocení hybnosti Parkinsonovy nemoci - pokračování**

datum: 12.12.2012		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
minimální pohyby (dyskinéze)																					
dobrá hybnost („ON“)			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ne zcela dobrá hybnost																					
hybné zpomalení, ztráta 0-1tes („OFF“)		X				X															
datum: 13.12.2012		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
minimální pohyby (dyskinéze)																					
dobrá hybnost („ON“)			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ne zcela dobrá hybnost																					
hybné zpomalení, ztráta 0-1tes („OFF“)			X				X						X								
datum: 14.12.2012		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
minimální pohyby (dyskinéze)																					
dobrá hybnost („ON“)			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ne zcela dobrá hybnost																					
hybné zpomalení, ztráta 0-1tes („OFF“)			X											X							
datum: 15.12.2012		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
minimální pohyby (dyskinéze)																					
dobrá hybnost („ON“)				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ne zcela dobrá hybnost																					
hybné zpomalení, ztráta 0-1tes („OFF“)				X																	
datum: 16.12.2012		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
minimální pohyby (dyskinéze)																					
dobrá hybnost („ON“)			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ne zcela dobrá hybnost																					
hybné zpomalení, ztráta 0-1tes („OFF“)			X											X							

Zdroj: Neurologická klinika VFN, Praha 2, U Nemocnice 2

## **Příloha G – logo Společnosti Parkinson v České republice**



Zdroj: SPOLEČNOST PARKINSON o.s., 2013

