

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TEREZA BENDULIAKOVÁ

Praha 2015

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TEREZA BENDULIAKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2015



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

Tomečková Tereza
3. CVV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 06. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí

The Nursing Process in a Patient with Parkinson's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 05. 09 2014


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 31.3.2015

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Jarmile Verešové za cenné rady, konzultace a připomínky při tvorbě této práce.

ABSTRAKT

BENDULIAKOVÁ, Tereza. Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce PhDr. Jarmila Verešová. Praha 2015. 66 stran.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí.

Teoretická část poskytuje základní informace o historii, výskytu, příčinách vzniku onemocnění, klinickém obrazu, možnostech diagnostiky a léčby a specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí.

Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí.

Klíčová slova:

Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský personál. Ošetrovatelský proces. Pacient. Parkinsonova nemoc.

ABSTRACT

BENDULIAKOVÁ, Tereza. Nursing process for Patient with Parkinson disease. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Level of qualification: Bachelor (BC.). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Praha 2015. 66 pages.

The main topic of the bachelor's thesis is a comprehensive nursing care of patient with Parkinson's disease.

The theoretical part provides basic information about the history, occurrence, causes of the disease, clinical presentation, diagnostic and therapeutic options and the specifics of nursing care for patients with Parkinson's disease.

The practical part consists of the nursing process for patient with Parkinson's disease.

Key words:

Nursing care. Nursing personnel. Nursing process. Parkinson disease. Patient.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	- 15 -
1 HISTORIE A VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ	- 16 -
2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE	- 18 -
3 PŘÍZNAKY PARKINSONOVY NEMOCI.....	- 20 -
3.1 KLASICKÉ MOTORICKÉ PŘÍZNAKY	- 20 -
3.1.1 TREMOR.....	- 20 -
3.1.2 RIGIDITA.....	- 20 -
3.1.3 BRADYKINEZE, HYPOKINEZE, AKINEZE	- 21 -
3.1.4 POSTURÁLNÍ NESTABILITA.....	- 21 -
3.2 NEMOTORICKÉ PŘÍZNAKY POČÁTEČNÍHO STÁDIA PARKINSONOVY NEMOCI.....	- 22 -
3.2.1 SNÍŽENÍ ČICHU (HYPOSMIE)	- 22 -
3.2.2 PORUCHY CHOVÁNÍ V REM SPÁNKU	- 22 -
3.2.3 AUTONOMNÍ PORUCHY.....	- 22 -
3.2.4 DEPRESE A ÚZKOST	- 23 -
3.2.5 PORUCHY ZRAKOVÝCH FUNKCÍ	- 23 -
3.3 MOTORICKÉ A NEMOTORICKÉ PŘÍZNAKY POKROČILÉHO STÁDIA PARKINSONOVY NEMOCI	- 23 -
3.3.1 MOTORICKÉ PŘÍZNAKY POKROČILÉHO STÁDIA.....	- 23 -
3.3.2 KOGNITIVNÍ PORUCHY.....	- 23 -
3.3.3 PSYCHOTICKÉ PROJEVY	- 24 -
3.3.4 BEHAVIORÁLNÍ (IMPULZIVNÍ) PORUCHY	- 24 -

3.3.5 BOLEST U PARKINSONOVY NEMOCI.....	- 25 -
3.3.6 PORUCHY SPÁNKU	- 25 -
4 DIAGNOSTIKA.....	- 26 -
4.1 KLINICKÁ DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA.....	- 26 -
4.2 L-DOPA TEST.....	- 26 -
4.3 POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	- 26 -
5 HODNOTÍCÍ SYSTÉMY A ŠKÁLY	- 28 -
5.1 MOTORICKÉ ŠKÁLY.....	- 28 -
5.2 NEMOTORICKÉ ŠKÁLY	- 29 -
6 TERAPIE	- 31 -
6.1 FARMAKOTERAPIE	- 31 -
6.1.1 L-DOPA.....	- 31 -
6.1.2 AGONISTÉ DOPAMINU	- 32 -
6.1.3 INHIBITORY MONOAMINOOXIDÁZY B	- 32 -
6.1.4 INHIBITORY COMT.....	- 32 -
6.1.5 ANTICHOLINERGIKA.....	- 33 -
6.1.6. AMANTADÍNOVÉ SLOUČENINY	- 33 -
6.2 STRATEGIE FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY	- 33 -
6.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA	- 33 -
6.4 REHABILITACE.....	- 34 -
7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	- 36 -
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ.....	- 38 -
8.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDANÍ PODLE PRIORIT	- 49 -
8.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	- 61 -
ZÁVĚR	- 62 -

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY - 63 -

SEZNAM PŘÍLOH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PN	Parkinsonova nemoc
CNS.....	Centrální nervová soustava
BG.....	Bazální ganglie
Ldopa.....	Levodopa
ČR.....	Česká republika
MPTP.....	1-methyl-fenyl-1,2,3,6 tetrahydropyridin
MAO-B.....	Monoaminoxidáza B
REM.....	Rapid eye movement, česky rychlé pohyby očí
PET.....	Pozitronová emisní tomografie
SPECT.....	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
ADL.....	Aktivita denního života
COMT.....	Katechol-O-methyltransferáza
TK.....	Tlak krve
P.....	Puls
D.....	Dech
TT.....	Tělesná teplota
BMI.....	Body Mass Index
RZP.....	Rychlá zdravotnická pomoc
ICHS.....	Ischemická choroba srdeční
ECHO.....	Echokardiografie
LK, PK.....	Levá komora, pravá komora
WHO.....	Světová zdravotnická organizace
TIA.....	Tranzitorní ischemická ataka
LDK.....	Levá dolní končetin
Tbl.....	Tableta

HAK.....	Hormonální antikoncepce
MMSE.....	Mini Mental State Examination
AS.....	Akce srdeční
GCS.....	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
ALT.....	Alaninaminotransferáza
AST.....	Aspartátaminotransferáza
Na+.....	Sodíkový iont
K+.....	Draslíkový iont
Cl-.....	Chloridový iont
TSH.....	Tyreotropní hormon
RTG.....	Rentgenové vyšetření
CT.....	Počítačová tomografie
EEG.....	Elektroencefalografie
USG.....	Ultrasonografie
KTI.....	Kardiothorakální index

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Chronický: dlouhotrvající, vleklý

Progresivní/ progrese: postupující, šířící se/ postup, šíření

Dopamin: chemická látka, která přirozeně vzniká v mozku obratlovců. Funguje jako neuropřenašeč, který v jistých částech mozku umožňuje přenos impulsů

Genetická predispozice: dědičná náchylnost

Familiární: rodinný

Syndrom: soubor příznaků

Etiologie: nauka o příčinách vzniku nemocí

Selektivní: vybraný

Toxický: jedovatý

Neuron: nervová buňka

Neurodegenerativní: vyjadřující zánik nervových buněk

Patogeneze: nauka o mechanismech vzniku nemocí

Multifaktoriální: způsobený či ovlivněný více nebo mnoha faktory (činiteli)

Environmentální: týkající se životního prostředí

Expozice: vystavení

Motorický: pohybový

Dopaminergní: týkající se dopaminu

Asymetrický: nesouměrný

Proximální: bližší ke středu

Distální: vzdálený od středu těla

Generalizovat: rozšířit se po celém těle

Amplituda: maximální hodnota periodicky měnící se veličiny

Abnormální: nenormální, odchýlený od řádu, neodpovídající předpisu

Intenzita: síla, mohutnost

Flekční držení: prohnuté držení

Manifestují: projevují

Akrálních: okrajových

Gestikulace: pohyby těla (zejména rukou) doprovázející řeč

Automatické: samočinné

Dekubitus: proleženina

Antiparkinsonika: Léky používané v léčbě Parkinsonovi nemoci

Paradoxní: rozporný, protismyslný

Kontext: souvislost

Symptom: příznak

Marker: identifikující znak

Manifestace: projev

Obstipace: zácpa

Hyperhidróza: zvýšené pocení

Seborea: zvýšená činnost mazových žláz

Libido: touha

Erektální dysfunkce: neschopnost udržet penis v dostatečné tuhosti a po dostatečnou dobu nutnou pro kvalitní pohlavní styk

Ortostatická hypotenze: krátkodobé snížení krevního tlaku způsobené změnou polohy z leže do stoje

Dominující: hlavní, rozhodující, převažující

Demence: duševní nemoc, která se projevuje oslabením rozumových schopností

Kognitivní: poznávací

Deficit: nedostatek

Patologický: chorobný

Kleptomanie: chorobný sklon k drobným krádežím

Insomnie: nespavost

Postencefalitický: po prodělaném zánětu mozku

Vaskulární: cévní

Transkraniální Dopplerovská ultrasonografie: vyšetřovací metoda, která umožňuje neinvazivní měření průtoků nitrolebními tepnami přes intaktní lebku

Elektroencefalografie: neinvazivní metoda funkčního vyšetření elektrické aktivity centrálního nervového systému

Polyelektromyografie: vyšetřovací metoda, která se používá pro měření elektrické aktivity svalu a nervu, který daný sval řídí

Kognitivní evokované potenciály: změny elektrické aktivity mozku po působení úmyslného podnětu z vnějšího prostředí

Kvantifikace: určování množství

Polymorbidní: trpící větším počtem různých závažných chorob

Agonista: stejně působící činitel

Anticholinergika – skupina látek blokujících účinek acetylcholinu

Acetylcholin: chemická látka, fungující jako neuropřenašeč, který v jistých částech mozku umožňuje přenos impulsů

Adjuvantní léčba: doplňující, podpůrná léčba

Algoritmus: schematický postup

ÚVOD

Parkinsonova nemoc (PN) je chronicko-progresivní onemocnění CNS způsobené zánikem pigmentových buněk BG (produkujících dopamin), které se podílejí především na řízení hybnosti.

Celosvětově postihuje kolem 3,8 milionů lidí, v ČR je kolem 15 tisíc parkinsoniků. Typicky jde o onemocnění vyššího věku s typickým začátkem na přelomu 5. a 6. dekády života. Příčina onemocnění zatím není úplně objasněna, předpokládá se kombinace genetické predispozice s některými faktory zevního a vnitřního prostředí. PN se rovněž vyskytuje i familiárně.

První příznaky jsou často nespecifické a nenápadné. Rozvinutý klinický obraz PN tvoří progredující porucha hybnosti, doplněná vegetativními, senzitivními, smyslovými a psychiatrickými poruchami. Invalidizace pacienta představuje přirozený vývoj onemocnění.

Diagnostika PN je založena především na typickém klinickém obrazu, v diferenciální diagnostice napomáhají různá pomocná vyšetření.

PN je nevléčitelné onemocnění, léčba je zaměřena na potlačení jednotlivých příznaků nemoci a zmírnění dopadů na každodenní život pacienta.

Cílem této bakalářské práce je demonstrace ošetrovatelského procesu u pacienta s Parkinsonovou nemocí.

1 HISTORIE A VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ

Historie PN sahá do roku 1817, kdy anglický praktický lékař James Parkinson (11. 4. 1755 – 21. 12. 1824). (Příloha A) ve své práci “Esej o třeslavé nemoci“ (v originálním znění „An essay on the shaking palsy“) poprvé vytvořil klasický, i když z dnešního hlediska poněkud omezený popis nemoci, jako „bezděčný třaslavý pohyb se sníženým svalovým výkonem projevující se v těch částech těla, které jsou v klidu a to i v případě, že mají oporu“, s „tendencemi naklánět trup dopředu a přecházet z chůze do běhu“ a to „bez poruchy smyslů a intelektu“ (BENETÍN, VALKOVIČ, 2009, s. 9).

O čtyři desetiletí později Jean-Martin Charcot rozšířil Parkinsonův klinický popis o tělesnou ztuhlost a přiřkl tomuto syndromu název Parkinsonova nemoc.

Ale již ve starých indických eposech (asi 2500 let p. n. l.), spisech Hippokrata, Galena, DaVinciho a jiných klasiků starověké a středověké medicíny jsou popsány některé příznaky charakteristické pro PN (MENŠÍKOVÁ, KAŇOVSKÝ, HLUŠTÍK, 2013).

V roce 1867 se toto onemocnění začalo léčit extraktem z Rulíku zlomocného (Atropa bella-donna). Lewy v roce 1913 popsal v mozcích zemřelých parkinsoniků mikroskopické částice, které později dostali podle něho název Lewyho tělíska. V roce 1958 farmakolog a biochemik Carlsson zjistil, že se dopamin nachází ve velkém množství v BG. V roce 1961 se jako první Birkmayer a Berbeau pokusili využít v léčbě PN chemickou látku L-dopa, která je dodnes zlatým standardem v léčbě PN. Na možnost exotoxické etiologie PN poukazuje Langstone v roce 1984, kdy objevuje látku (MPTP) se selektivním toxickým efektem na neurony produkující dopamin (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

Od roku 1997 je 11. duben, den narození Jamese Parkinsona, stanoven jako Světový den PN a jeho cílem je zvýšit povědomí o této nemoci.

PN je po Alzheimerově nemoci druhým nejčastějším neurodegenerativním onemocněním (de LAU a BRETELER, 2006).

Výskyt PN narůstá s věkem, v celé populaci postihuje celosvětově 0,1% (1 člověk z 1000) lidí, ve věkové populaci nad 65 let 1-2 % a v populaci nad 80 let dokonce více než 5% lidí (JANKOVIC, TOLOSA, 2007).

Vzhledem na rostoucí podíl osob v produktivním věku ve vyspělém světě lze očekávat v budoucnu nárůst celkového počtu osob, kteří onemocní PN.

Odhad počtu lidí s PN v ČR je pouze orientační a předpokládá 15 tisíc parkinsoniků. V ČR ročně onemocní 1000- 1500 lidí.

PN typicky začíná na přelomu 5. a 6. dekády života, před 40. rokem věku onemocní 10% pacientů.

2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Příčina vzniku PN je doposud neobjasněna. Nejpravděpodobnější se jeví teorie o multifaktoriálních vlivech. Zahrnuje faktory exotoxické (environmentální), endotoxické a genetické.

V případě environmentálních faktorů jde především o expozici exogenních neurotoxinů- těžkých kovů, průmyslových produktů (kyanidy, organická rozpouštědla, pesticidy) či zplodin, nekvalitně připravených pouličních drog (MPTP vznikající při nekvalitní výrobě heroínu) či působením infekčního činitele (de LAU a BRETELER, 2006). Obecně lze formulovat myšlenky exotoxické hypotézy jako abnormální reakci na určité činitele u geneticky predisponovaného jedince s následným zánikem neuronů produkujících dopamin (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

Za „ochranný“ faktor je překvapivě považováno kouření cigaret, riziko vzniku PN je u kuřáků až o 60 % nižší než u nekuřáků. Též se toto dá říci i o pití kávy, riziko vzniku PN je u konzumentů kávy asi o 30 % nižší než u těch, kteří kávu nepijí. Ochranný vliv na dopaminergní neurony je v případě nikotinu vysvětlován inhibicí enzymů zúčastněných na mechanismech oxidativního stresu a v případě kofeinu je to snížení aktivity MAO-B, enzymu rozkládajícího dopamin (RŮŽIČKA, ROTH, 2006).

Endotoxicitu lze vysvětlit negativním vlivem oxidativních dějů a toxických volných radikálů kyslíku a železa na dopaminergní neurony (RŮŽIČKA, ROTH, 2006).

O genetických vlivech svědčí výskyt familiárně podmíněné formy PN, vzniklé na podkladě specifických genových mutací. Příznaky familiárně podmíněné PN nastupují někdy i o desítky let dříve, než v případě sporadické formy PN a jsou často méně typické (ROTH, 2006).

Dalšími faktory podporujícími vznik PN mohou být pohlaví, přičemž muži jsou nepatrně více postiženi než ženy, etnikum, kdy je vyšší výskyt nemoci u Indoevropanů než u Afričanů a Asiatů, premorbidní osobnost (uzavřenost, systematickosti až pedantičnost, nepřizpůsobivost, sklon k depresím).

PN je chronicko-progresivní onemocnění CNS na podkladě zániku neuronů produkujících dopamin v BG (Příloha B), histologicky se projevující hromaděním

Lewyho tělísek, se všemi klasickými motorickými a nemotorickými následky této nemoci (BEDNARÍK, AMBLER, RŮŽIČKA a kol, 2010).

Významná je teorie prezentovaná Braakem (Příloha C), podle které chorobné změny u PN začínají v mozkovém kmeni a klinicky se jedná o nesymptomatické stádium PN. Poškození pak pokračuje k BG a jedná se již o symptomatické stádium. Konečným stádiem je poškození v oblasti mozkové kůry. PN se tedy představuje jako plynule progresivní proces zániku neuronů centrální nervové soustavy. Motorické a nemotorické klinické projevy jsou tedy projevem kontinuální progresy základního chorobného procesu a nejsou jen „pozdními komplikacemi“, jak se dříve soudilo. Diagnóza PN by znamenala, že u všech nemocných při dostatečně dlouhém přežití nastanou i výše zmíněné nemotorické projevy (RŮŽIČKA, ROTH, 2006).

3 PŘÍZNAKY PARKINSONOVY NEMOCI

Charakteristická porucha hybnosti se manifestuje až při postižení 80 % neuronů BG produkujících dopamin. K tomu dojde až po mnoha letech po spuštění vlastního chorobného procesu. Proto klinické příznaky PN můžeme považovat za znak již pokročilého stádia onemocnění. Klinický obraz PN je tvořen kombinací motorických a nemotorických příznaků. Příznaky u jednotlivých pacientů mohou být vyjádřeny různou mírou a rozvíjet se odlišnou rychlostí.

3.1 KLASICKÉ MOTORICKÉ PŘÍZNAKY

3.1.1 TREMOR

Třes jako mimovolný, rytmický a kontinuální oscilační pohyb je považován za nejtypičtější a nejznámější příznak PN. Vyskytuje se v 85% případech. Začíná obvykle asymetricky na koncových částech končetin (typický pohyb palce ruky oproti ostatním prstům připomíná počítání peněz), odtud se s progresí nemoci šíří proximálním směrem, dále na druhou končetinu téže strany a poté může generalizovat (JEDLIČKA, KELLER et al., 2005). Stranová asymetrie třesu a různá míra intenzity postižení jednotlivých končetin je pro PN charakteristickým projevem.

Projevuje se charakteristicky v klidu jako hrubý a pravidelný třes s frekvencí 4 až 6 Hz a je kolísavé amplitudy. Únava, stres, emoce, výrazné mentální úsilí, pohyb druhostranné končetiny či chůze třes zvýrazňují. Naopak mizí ve spánku a zmírňuje se při duševním uvolnění či pohybu postižené končetiny (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

Rostoucí amplituda třesu a jeho přetrvávání při pohybu postižené končetiny je obvykle spojeno s progresí onemocnění, což může komplikovat běžné denní činnosti a vytvářet značné množství psychických a sociálních problémů.

3.1.2 RIGIDITA

Rigidita je svalová ztuhlost chorobného původu, která se projevuje abnormálním zvýšením svalového napětí a ztuhlostí svalů. Její trhavé přerušování v průběhu pohybu popisuje fenomén „ozubeného kola“.

Manifestuje se asymetricky a její intenzita může kolísat díky fyzické únavě, stresu. Úzkostí se zhoršuje, ve spánku mizí. Převládající postižení osového svalstva, proximálních (ramena, kyčle) i distálních (zápěstí, kotníky) částí končetin s převahou na flexorech může vysvětlovat charakteristické porušené flekční držení končetin, trupu a šíje s ovlivněním postoje (Příloha D) a chůze (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

3.1.3 BRADYKINEZE, HYPOKINEZE, AKINEZE

Bradykineze (pohybové zpomalení), hypokineze (zmenšení rozsahu pohybů) a akineze (neschopnost započít pohyb) představují tři pohybové abnormality, které se společně vyskytují a různě kombinují u PN. Manifestují se asymetricky již v časných stadiích nemoci, šíří se od akrálních částí proximálně, nejsou závislé na stupni ztuhlosti a významně reagují na terapii L-dopou (ROTH, HAVRÁNKOVÁ, 2008).

V počátečních stadiích se projevují ve zpomalení a nevykonnosti celé jemné motoriky ruky, zřetelné při běžných denních činnostech, jakými jsou oblékání, hygiena, stravování, psaní, ale i na řeči (monotónní, tichá, zpomalená), mimice (snížená mimika, snížená frekvence mrkání) či gestikulaci. S postupem nemoci se zhoršuje i chůze. Od pouhého počátečního zpomalení tempa chůze přes postupné zkrácení kroku s typicky šouravou chůzí. Obtížné zahájení zamyšleného pohybu, nebo náhlé přerušení v průběhu pohybu až po neschopnost provádět sdružené či automatické pohyby (ŠTOCH, 2008).

Život ohrožujícím stavem je akinetická krize, čili stav absolutní nehybnosti s neschopností vykonávat základní životní potřeby, příjem tekutin, potravy, léků, často komplikován vznikem dekubitů nebo zápallem plic. Nejčastěji jde o následek vysazení antiparkinsonik či užívání neuroleptik (BENETÍN, VALKOVIČ, 2009).

Výrazný efekt na závažnost pohybových abnormalit má momentální psychické ladění nemocných. Příkladem je tzv. paradoxní pohyb, vyjadřující stav náhle zlepšené hybnosti pod vlivem pozitivního emociálního prožitku. Rovněž je lze pozitivně ovlivnit pomocí soustředění a vůle nebo různých smyslových (vizuálních či zvukových) triků. (JANKOVIC, TOLOSA, 2007).

3.1.4 POSTURÁLNÍ NESTABILITA

Posturální nestabilita se klinicky projevuje v užším smyslu slova poruchou udržení postoje, v širším kontextu i poruchou chůze, otáčení se (v stoji, lehu, sedě) či

změny jednotlivých pozic (z lehu do stoje a opačně). Obecně je projevem pozdní fáze PN. Jejím nejzávažnějším následkem jsou opakované pády se všemi důsledky - zdravotními, psychickými, sociálními, ekonomickými (VALKOVIČ, 2009). Téměř 70% pacientů s PN spadne alespoň jednou do roka, opakované pády se vyskytují u 50% pacientů (NEVŠÍMALOVÁ, RŮŽIČKA, TICHÝ, 2005).

3.2 NEMOTORICKÉ PŘÍZNAKY POČÁTEČNÍHO STÁDIA PARKINSONOVY NEMOCI

Vedle klasických motorických symptomů PN je klinický obraz tvořen řadou nespecifických příznaků, označovaných jako nemotorické příznaky. Mohou se manifestovat v kterékoli fázi onemocnění, někdy již mnoho let před „specifickými“ příznaky nemoci. Zahrnují klinické projevy smyslové, senzitivní, vegetativní a psychické poruchy.

3.2.1 SNÍŽENÍ ČICHU (HYPOSMIE)

Hyposmie je jedním z nejčastěji se vyskytujících nemotorických příznaků včasného stádia PN. Vyskytuje se až v 90% případů PN. Může být jedním z nejvíce citlivých markerů v diagnostice časného stádia onemocnění (MAGEROVÁ a kol., 2008).

3.2.2 PORUCHY CHOVÁNÍ V REM SPÁNKU

Až u 45% pacientů s poruchou chování v REM spánku se v dalším průběhu rozvine PN. Jedná se o epizody náhlých, abnormálních a intenzivních pohybů různých částí těla, ale rovněž sem lze zařadit i syndrom neklidných nohou (DUŠEK, 2013).

3.2.3 AUTONOMNÍ PORUCHY

V souvislosti s PN se můžeme setkat se širokým spektrem autonomních poruch. Jejich manifestace často předchází rozvoji klasických motorických příznaků. Vznikají na podkladě zániku struktur centrální i periferní části sympatického a parasympatického vegetativního nervového systému. Mezi nejčastější autonomní abnormality patří obstipace, hyperhidróza, seborea, močové či pohlavní potíže (časté močení, snížené sexuální libido, erektilní dysfunkce) a kardiovaskulární abnormality (ortostatická hypotenze) (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA, 2009).

3.2.4 DEPRESE A ÚZKOST

Depresivní porucha či úzkost se vyskytuje u 10-45% pacientů s PN. Ve většině případů předchází rozvoji motorické symptomatologie (AARSLAND et al., 2013).

3.2.5 PORUCHY ZRAKOVÝCH FUNKCÍ

Příčinou poruch zrakových funkcí u pacientů s PN je nedostatek dopaminu v sítnici. V počátečních stádiích se projevují hlavně poruchou rozlišování barev, kontrastní citlivostí a později rozmazaným viděním při nedostatku světla (DEVOS et al., 2005).

3.3 MOTORICKÉ A NEMOTORICKÉ PŘÍZNAKY POKROČILÉHO STÁDIA PARKINSONOVY NEMOCI

Po několika letech léčby PN se kromě klasických motorických a nemotorických příznaků počátečního stadia začínají objevovat další příznaky, které postupně mění její původní klinický obraz. Příznaky se objevují v několika doménách, především pohybové, psychické a senzitivní. Výjimkou nejsou ani poruchy spánku.

3.3.1 MOTORICKÉ PŘÍZNAKY POKROČILÉHO STÁDIA

Dominujícími pozdními hybnými komplikacemi PN jsou dyskineze – abnormní, vůlí neovlivnitelné pohyby (krouživé, trhavé, připomínající tanec) a fluktuace - kolísání stavu hybnosti objevující se po určitém trvání (obecně po 5 a více letech) v průběhu onemocnění při užívání L-dopy či jiných antiparkinsonik (BAREŠ, 2008). Detailnější přehled viz Tabulka 1.

3.3.2 KOGNITIVNÍ PORUCHY

Kognitivní poruchy mírného stupně jsou časté již v časně fázi onemocnění a mohou progredovat do demence u 20-40 % a v pozdějších fázích onemocnění až u 80 % pacientů (REKTOROVÁ, 2008).

Významně ovlivňují jednak kvalitu života a dobu přežití pacientů, jednak náklady související s péčí o pacienty (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009).

Časový interval mezi začátkem onemocnění a rozvojem kognitivní poruchy, stejně tak stupně kognitivní poruchy jsou velmi variabilní.

Charakteristický je progresivní paměťový deficit s poruchou exekutivních (snížená schopnost plánování, organizace, abstraktního myšlení a pozornosti), symbolických funkcí (afázie, apraxie, agnozie) a vizuálně prostorové orientace, či sníženou úrovní výkonnosti s významným úpadkem sociálních, pracovních a běžných denních aktivit (REKTOROVÁ, 2007).

Podle Braakovy hypotézy jde o rozšíření chorobných změn do limbických (stadium 5) a kůrových (stadium 6) struktur.

3.3.3 PSYCHOTICKÉ PROJEVY

Psychotické projevy se u PN začínají objevovat průměrně po 10 letech od stanovení diagnózy u 20-40 % nemocných. K rizikovým faktorům se řadí léčba dopaminergními preparáty, tíže a délka onemocnění, vyšší věk a přítomnost kognitivní poruchy. Nejčastěji jde o vizuální halucinace, méně často o paranoidní bludy, vizuální iluze a sluchové halucinace (AARSLAND et al., 2013).

3.3.4 BEHAVIORÁLNÍ (IMPULZIVNÍ) PORUCHY

K behaviorálním poruchám, které se vyskytují v souvislosti s PN, jsou řazeny poruchy kontroly impulzů charakterizované nutkavým chováním, které je motivováno vidinou potěšení nebo uspokojení, s neschopností odolávat mu.

Vznikají na podkladě poruchy v systému odměny a motivace, v němž hraje důležitou roli dopamin, často v souvislosti s léčbou dopaminovými agonisty, ale byly popsány také v souvislosti s užíváním L-dopy a s hlubokou mozkovou stimulací (GESCHEIDT, BAREŠ, 2011).

Do spektra těchto poruch jsou řazeny patologické hráčství, nutkavé nakupování, zvýšená sexualita či nutkavé přejídání, nadměrné užívání dopaminergní medikace (označované jako dopaminový dysregulační syndrom), kleptomanie a impulsivní kouření (SCHAPIRA, TOLOSA, CHAUDHUR, 2014).

3.3.5 BOLEST U PARKINSONOVY NEMOCI

Bolest se vyskytuje až u 70-85% pacientů trpících PN. Její přítomnost významně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Může se manifestovat kdykoli v průběhu onemocnění. Předpokládá se, že v rámci progredujícího zániku neuronů CNS dochází rovněž k poškození struktur a mechanismů zapojených do procesu bolesti na různých úrovních, počínajíc periferním nervovým zakončením až po mozkovou kůru (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009). Dochází tím k ovlivnění vnímání intenzity bolesti, diskriminačních aspektů bolesti, emočních či vegetativních reakcí na bolest.

3.3.6 PORUCHY SPÁNKU

U pacientů s již rozvinutou PN se objevuje řada dalších spánkových obtíží. Častá je insomnie způsobená rušivým působením zvýšeného svalového napětí, svalových kontrakcí, záškubů nebo epizod třesu. Nepříjemné jsou živé sny a noční můry. Setkáváme se ale i s prostou insomnií. Protipólem je zvýšená denní spavost (DUŠEK, 2013).

4 DIAGNOSTIKA

Diagnóza PN je výhradně klinická, opírá se o typický nálezn základních příznaků PN, nepřítomnosti varovných klinických známek (Příloha E) a odpovídavost na dopaminergní léčbu. Pomocná vyšetření slouží hlavně v diferenciací diagnostice parkinsonského syndromu.

4.1 KLINICKÁ DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Na základě přítomnosti čtyř základních příznaků PN (třes, ztuhlost, bradykineze, posturální nestabilita) lze rozdělit diagnostický přístup do několika stupňů:

- Klinicky možná PN je v případě přítomnosti jednoho z čtyř základních příznaků
- Klinicky pravděpodobná PN je při kombinaci dvou ze čtyř základních příznaků a kterýkoliv z prvních tří příznaků (třes, ztuhlost, bradykineze) je asymetrický
- Klinicky definitivní PN je v případě jakékoliv kombinace tří ze čtyř základních příznaků. Alternativou klinicky definitivní PN je přítomnost dvou příznaků a asymetrie jednoho z prvních tří příznaků (třes, ztuhlost, bradykineze) (REKTOROVÁ, 2009).

4.2 L-DOPA TEST

Běžnou praxí v diagnostice PN je L-dopa test. Za pozitivní se považuje v případě minimálně 30% zlepšení klinického stavu (zmírnění třesu, ztuhlosti, hypokineze) po perorálním podání standardní dávky L-Dopy (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

4.3 POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

V počátečních stádiích je také nutné pečlivě pátrat po známkách zpochybňujících diagnózu PN. Sekundární parkinsonské syndromy jsou nejčastěji polékové, toxické, postencefalitické, vaskulární nebo neurodegenerativní etiologie.

Zde se velmi osvědčilo využití pomocných anatomických a funkčních zobrazovacích metod. Anatomické zobrazení pomocí výpočetní tomografie nebo magnetické rezonance mozku nepřináší v časných stádiích PN specifické nálezy, ale slouží zejména k vyloučení sekundárních příčin parkinsonismu. Speciální funkční

zobrazovací techniky PET a SPECT (DaT SCAN) dále napomáhají v časné diagnostice a diferenciaci diagnostice PN Perspektivní je metoda transkraniální Dopplerovské ultrasonografie (REKTOROVÁ, 2009).

Pro klinickou praxi mají z elektrofyziologických metod význam pouze polyelektromyografie (detailní analýza třesu), elektroencefalografie a vyšetření kognitivních evokovaných potenciálů.

Biochemická vyšetření mají zásadní význam pro odlišení Wilsonovy nemoci (volná a vázaná měď v séru, vylučování mědi v moči/ 24 hodin, ceruloplasmín v séru), hypotyreózy (T3, T4, TSH) a hypoparatyreózy (parathormon a vápník v séru, vylučování vápníku v moči za 24 hodin) (NEVŠÍMALOVÁ, RŮŽIČKA, TICHÝ, 2005).

Testování čichu pomocí standardizovaných setů vůní představuje slibný screeningový test (MAGEROVÁ a kol., 2008).

Lze vyšetřit časné poruchy vegetativní inervace hladkého svalstva pomocí elektromyografie z análního svěrače a provádějí se testy na ortostatickou hypotenzi (Schellongův a tilt-table test).

5 HODNOTÍCÍ SYSTÉMY A ŠKÁLY

Ke kvantifikaci postižení pacientů s PN, hodnocení progresu onemocnění, kvality života a v neposlední řadě i efektu léčby se v klinické praxi užívá řada motorických a nemotorických hodnotících systémů a škál.

5.1 MOTORICKÉ ŠKÁLY

Z motorických škál zaměřených na hodnocení stavu pacienta stojí za zmínku stupnice stádií PN dle Hoehnové a Yahra (Hoehn and Yahr scale), která představuje klasický prostředek pro určení stádia onemocnění. Její modifikace hodnotí kromě celých stupňů i mezistupně.

Nelze opomenout ani škálu podle Webstera (Webster's scale) či škálu aktivit nemocných s Parkinsonovou nemocí (Parkinson activity scale).

V klinické praxi nejužívanější a nejobektivnější je Jednotná škála pro hodnocení PN (Unified Parkinson's Disease Rating Scale, UPDRS). Obsahuje celkem 42 položek, rozdělených do několika oddílů hodnotících myšlení, chování a náladu pacienta, aktivity běžného života, motoriku, komplikace léčby, modifikovanou stupnici stádií PN dle Hoehnové a Yahra a škálu podle Schwaaba a Englanda pro hodnocení každodenních činností. Vyšší hodnota celkového skóre odpovídá většímu stupni postižení (BALÁŽ, 2011).

Bergova balanční škála (Berg Balance Scale) a škála rovnováhy ABC (Activities-specific Balance Confidence Scale) jsou obecně užívané hodnotící systémy k hodnocení rovnováhy a rizika vzniku pádu, rovněž jako Dynamický index chůze (Dynamic Gait Index), která je však kromě rizika pádu zaměřená na hodnocení chůze (SAMPAIO, GOETZ a SCHRAG, 2012).

Nejnovější škálou, která byla vytvořena speciálně k hodnocení dyskinezí u PN je Jednotná škála pro hodnocení dyskinezí (Unified Dyskinesia Rating Scale). Škála je složena ze 4 částí. První dvě části jsou zaměřeny na anamnestické údaje vnímání dopadu dyskinezí pacientem. Třetí část je určena k objektivnímu posouzení typu abnormálního pohybu. Ve čtvrté části se hodnotí tíže dyskinez. Podobným dotazníkem ale zaměřeným na fluktuace je dotazník Wearing – Off Questionnaire 19. Hauserův deník

PN je přínosným nástrojem, který nám pomáhá monitorovat hybný stav pacienta po celých 24 hodin (SAMPAIO, GOETZ a SCHRAG, 2012).

5.2 NEMOTORICKÉ ŠKÁLY

Ke zjištění přítomnosti jednotlivých vegetativních příznaků se v klinické praxi osvědčil dotazník k hodnocení přítomnosti a závažnosti příznaků vegetativních poruch u pacientů s PN (Autonomic Scale for Outcomes in Parkinson's Disease) (KAISEROVÁ a kol., 2014).

K orientačnímu záchytu deprese či úzkosti u pacientů s PN lze použít některý z tradičních neuropsychologických dotazníků. Takovými jsou Škála deprese dle Montgomeryho a Asberga (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale). Skládá se z deseti položek zaměřených na základní projevy deprese, zejména smutek, plačtivost, pokles aktivity, pesimistické úvahy, změny v sebevědomí, sebevražedné tendence, zhoršenou kvalitu spánku či chuť k jídlu. Obdobnou škálou je i Beckova sebeposuzovací stupnice deprese (Beck Depression Inventory). K odhalování úzkosti je běžně používána Škála úzkosti dle Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale) (ČEŠKOVÁ, 2010).

K posouzení případných psychiatrických příznaků bývá využíván Neuropsychiatrický inventář (Neuropsychiatric Inventory). Variantou je i užití Minnesotského multifázového osobnostního inventáře (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (BOČKOVÁ, 2010).

Mattisova škála demence (Mattis Dementia Rating Scale) se jeví jako nejúčinnější prostředek k odhalování demence či výraznějších poruch intelektových schopností u PN.

Klinicky nejužívanější jsou Mini Mental State Examination (MMSE) či Sedmiminutový test (Seven- Minute Screening test). K detailnějšímu screeningu demencí slouží v českém překladu dostupný Addenbrookský kognitivní test (Addenbrooke's Cognitive Examination) a Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment) (FANFRLOVÁ, 2005).

Kvalitu všípivosti, udržení a vybavování paměťových informací hodnotí testy verbálního učení (REKTOROVÁ, 2011).

Exekutivní schopnosti hodnotí Wisconsinský test třídění karet (Wisconsin Card Sorting Test), Stroopův test či testy verbálních fluencí (FANFRLOVÁ, 2005).

Ke zjištění poruch spánku lze použít některý ze spánkových dotazníků, například Epworthovu stupnici spánku (*Epworth Sleepiness Scale*) nebo spánkovou škálu přímo určenou pro pacienty s PN, Parkinson's disease sleep scale. K záchytu náhlých spánkových záchvatů slouží škála pro hodnocení náhlého usínání (Sudden onset of sleep scale). Spánkový deník umožňuje zaznamenat delší časový úsek s informacemi o době spánku (BOČKOVÁ, 2011).

Pro bolest jako subjektivní vjem neexistuje žádné objektivní měření. K jejímu posouzení slouží jednoduchá deskriptivní škála bolesti, Numerická škála bolesti, Melzackova škála bolesti, Vizuální analogová stupnice či Škála výrazů obličeje pro měření bolesti.

Nejčastěji používaným dotazníkem hodnotícím kvalitu života parkinsoniků je 39item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39). Obsahuje 39 dotazů na jednotlivé potíže a omezení způsobená PN pociťována v průběhu posledního měsíce. Dotazy jsou rozděleny do několika podskupin zaměřených na pohyblivost (otázky 1–10), aktivity denního života (otázky 11–16), emoce (otázky 17–22), stigmatizaci (otázky 23–26), sociální podporu (otázky 27–29), paměť (otázky 30–33), komunikaci (otázky 34–36) a tělesnou nepohodu (otázky 37–39) (SAMPAIO, GOETZ, SCHRAG, 2012).

Dalším z dotazníků vytvořených pro pacienty s PN je Schwaabova a Englandova škála každodenních činností (Schwab and England Activities of Daily Living Scale).

Obecně užívanou škálou je Barthelův test základních všedních činností (Barthel activities of daily living index), který hodnotí samostatnost pacienta při běžných denních činnostech. Testuje se deset kategorií. V případě, že pacient dosáhne součtu 100 bodů, je zcela samostatný, pokud má bodů méně než 40 je závislý na cizí pomoci při všech ADL. Lze použít i Test instrumentálních všedních činností (Instrumental activities of daily living) (BOČKOVÁ, 2011).

6 TERAPIE

Ačkoli dosud není znám léčebný postup, který by PN vyléčil nebo alespoň zastavil její progresi, je možné účinně a dlouhodobě potlačovat jednotlivé příznaky nemoci a zmírňovat její dopady na každodenní život pacienta.

Léčba PN spočívá v kombinaci farmakologické léčby s nefarmakologickými postupy, především chirurgické léčby a ucelené rehabilitace.

6.1 FARMAKOTERAPIE

6.1.1 L-DOPA

L-dopa (prekursor dopaminu) se vstřebává v tenkém střevě, kde soutěží s ostatními aminokyselinami obsaženými v potravě o přenašečové systémy, proto je obecně doporučen interval mezi užitím L-dopy a jídlem minimálně půl hodiny, v případě vysokobílkovinné stravy i více. Nežádoucí periferní metabolizace je inhibována kombinací L-dopy s inhibitory dekarboxylázy (karbidopa). Významnějším vegetativním a gastrointestinálním potížením můžeme čelit přidáním domperidonu, antagonisty periferních dopaminových receptorů, který neprochází do CNS (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

Nemetabolizovaný objem L-dopy se přes hematoencefalickou bariéru dostává k neuronům BG, kde se proměňuje na dopamin a působí na příslušných receptorech jako náhrada za endogenní dopamin (NESTRAŠIL, KAŇOVSKÝ, NEVRLÝ, RESSNER, 2006).

Působí na třes, ztuhlost i bradykinezi, je neúčinná na posturální nestabilitu a nemotorické příznaky PN (REKTOR, 2009).

L-dopa se považuje za zlatý standard v léčbě PN. Spíše výjimečně je používána při zahájení léčby s výjimkou velmi starých a polymorbidních pacientů, její indikace je však zejména v pokročilém stádiu zatím nenahraditelná.

Léčba PN L-dopou je bez diskuze efektivní a dostatečně bezpečná. Větším problémem je však její dlouhodobé užívání, co má za následek pozdní hybné komplikace- fluktuace a dyskinezy. Proto vedle standardních tablet a kapslí existují aj

přípravky s prodlouženým uvolňováním a nově je k dispozici ve specializovaných centrech L-dopa v gelu, která je podávána kontinuálně pumpou přímo do tenkého střeva (Příloha F) (REKTOR, 2009).

6.1.2 AGONISTÉ DOPAMINU

Jde o různorodou skupinu látek, jejichž společnou vlastností je vazba na dopaminové receptory v mozku.

Z hlediska chemického složení je rozdělujeme na deriváty ergolinové, neergolinové, které mají méně nežádoucích účinků a na apomorfin, který má strukturu nejbližší přirozenému dopaminu (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

Ovlivňují ztuhlost, bradykinezu i třes. Výskyt fluktuací a dyskinezi je v porovnání s L-dopou zřídka (ROTH a DUŠEK, 2006).

Podávají se v časném stádiu nemoci hlavně nemocným mladším 70 let, ale aj starším pacientům bez přítomnosti výrazné paměťové poruchy, s cílem oddálit zahájení léčby L-dopou a tím vyloučit nežádoucí výskyt pozdních hybných komplikací. V pokročilejších stádiích se kombinují s L-dopou, což vede ke snížení celkové délky „off“ stavů, zlepšení hybnosti ve stavu „on“, ale i snížení frekvence a tíži dyskinezi. Tento příznivý efekt je vysvětlován výrazným snížením celkové denní dávky L-dopy (REKTOROVÁ, 2005).

Kromě standardních perorálních forem jsou k dispozici intravenózní či náplastové formy a připravují se formy s pomalým uvolňováním.

6.1.3 INHIBITORY MONOAMINOOXIDÁZY B

Jejich mechanismus spočívá v potlačení odbourávání dopaminu MAO-B. Rovněž se předpokládá, že snižují množství produkovaných volných kyslíkových radikálů podílejících se na oxidativním stresu a tímto mechanismem by mohli zpomalovat progresi onemocnění (ROTH a DUŠEK, 2006).

6.1.4 INHIBITORY COMT

Zvyšují dostupnost a stabilizují hladinu L-dopy v mozku snížením jejího odbourávání v periférii. Zástupcem je Entacapone. Užívá se spolu s L-dopou. V současné době je dostupný i preparát kombinující L-Dopu, Karbidopu s Entacapone (REKTOROVÁ, 2005).

6.1.5 ANTICHOLINERGIKA

Mechanismus účinku anticholinergik spočívá v úpravě rovnováhy mezi dopaminem a acetylcholinem v CNS. Jejich hlavní nevýhodou jsou závažné a časté psychiatrické nežádoucí účinky, hlavně u starší populace. Výhodou je dobrá účinnost na třes či vegetativní příznaky (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA a kol., 2009).

6.1.6. AMANTADÍNOVÉ SLOUČENINY

Původně byly vyvinuty jako antivirotika, v klinických studiích však byl pozorován jejich příznivý efekt na příznaky PN.

6.2 STRATEGIE FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY

Lékem první volby v počátečním stádiu by měl být inhibitor MAO-B nebo sloučenina amantadinu. Jejich efekt je však jen přechodný, v dalším kroku je proto na místě léčba agonisty dopaminu nebo L-dopou.

Časem je nevyhnutné zvyšování jednotlivých dávek, případně kombinovaná léčba- L-dopa s COMT inhibitory, inhibitory MAO-B nebo s agonisty dopaminu.

Přirozeným vývojem onemocnění je přechod do pokročilého stádia. Vzhledem k různorodosti klinického obrazu PN není možné stanovit jednotný léčebný postup a v podstatě jde o léčbu komplikací. Základ léčby hybných komplikací představují agonisty dopaminu, L-dopa nebo jejich kombinace či kombinace s dalšími antiparkinsoniky. Součástí je i adjuvantní léčba vegetativních, smyslových, senzitivních a neuropsychiatrických komplikací či poruch spánku (ROTH a DUŠEK, 2006).

6.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Operační léčba si v posledních letech získala pevné místo v algoritmu léčby PN. Většinou jsou k chirurgickému zákroku určeni pacienti, u kterých již byly vyčerpány možnosti farmakoterapie.

Jedná se o stereotaktické operační postupy, z hlediska chirurgického přístupu k léčbě PN mají v současnosti uplatnění jen neuromodulační operační výkony (vlození neurostimulační elektrody do mozku) (Příloha G) (BALÁŽ, REKTOR, 2009).

Výsledně lze očekávat zlepšení pohybových příznaků PN, snížení dávek antiparkinsonik a celkové zlepšení kvality života.

6.4 REHABILITACE

Cílem rehabilitace je nejen zlepšení či udržení pohybové zdatnosti, kvality života, soběstačnosti a samostatnosti, ale i podpora psychosociálních funkcí. V tomto ohledu fyzioterapie převyšuje farmakologickou léčbu. Proto má léčebná rehabilitace v terapii PN významnou a nezastupitelnou úlohu. Rovněž je léčebnou metodou bez nežádoucích účinků (PFEIFFER, 2006).

Fyzioterapie směřuje k potlačení příznaků a k tvorbě náhradních stereotypů a nových režimů u funkcí, které se nepodaří léčbou obnovit. Pomáhá udržet co nejdéle funkční zdatnost a soběstačnost pacientů (PFEIFFER, 2006).

Fyzioterapie má na průběh onemocnění pozitivní vliv pouze, pokud je prováděna pravidelně a stále.

Cílem fyzioterapie v časně fázi je udržování dobré fyzické a duševní zdatnosti, aktivace „funkčních rezerv“ CNS a zvýšení potenciálu pro nácvik nových pohybových dovedností a stereotypů a na neposledním místě oddálení nástupu obtíží spojených se zhoršováním příznaků nemoci. Ve střední fázi PN je hlavním úkolem fyzioterapie řešení konkrétních obtíží pacienta spojených se zhoršováním jednotlivých příznaků nemoci. Klíčové oblasti pohybové léčby jsou úprava správného držení těla, kontrola rovnováhy při stoje a chůzi, nácvik nových pohybových dovedností a náhradních stereotypů pro funkce, jež se navzdory léčbě nepodařilo plně obnovit, nácvik úkonů z běžných denních činností, správná funkce horních končetin (manipulace a úchopy), dechová cvičení, řeč, písmo, a řešení specifických obtíží. V této fázi nemoci využívá fyzioterapie dvě základní kompenzační pohybové strategie, kognitivní a podnětovou. Podstatou kognitivní pohybové strategie je důsledné rozfázování jednotlivých pohybů a jejich vědomé plánování. U podnětové strategie využíváme určité zevní stimuly k započetí nebo usnadnění pohybu, případně zahájení pohybu po jeho předchozím přerušení. Tyto podněty jsou nejčastěji optické (např. čáry a linie nalepené nebo nakreslené na podlaze) a sluchové (rytmické tleskání, metronom, či poslech rytmické hudby). Potom je důležité pohyb trénovat v domácím prostředí a zařadit ho do běžného života. I v pozdní fázi nemoci je udržení pohyblivosti zcela zásadní, protože je nutno zabránit vzniku druhotných komplikací, především ztuhlosti kloubů, zkrácení šlach,

výraznému oslabení svalů, případně defektům kůže při dlouhodobé imobilizaci (HOSKOVCOVÁ, 2010).

Léčebná rehabilitace u pacientů s PN zahrnuje fyzioterapeutické postupy prováděné buď individuálně, nebo formou skupinového cvičení. Zaměření léčby je komplexní na celý pohybový aparát nebo cílené dle převládajících obtíží.

Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti nejen v domácím, ale i pracovním a sociálním prostředí (HALADOVÁ, 2007). Základem je nácvik všedních činností (osobní hygiena, koupání, oblékání, příjem potravy, použití WC, vstávání a otáčení na lůžku) či pracovních dovedností (domácí práce). Nacvičuje se i chůze, řeč či psaní. Využíváme při tom různých substitučních či kompenzačních technik a pomůcek. Při nácviku těchto činností poskytujeme pacientům dostatek času. V rámci funkční ergoterapie dosahujeme pravidelným cvičením a opakováním kreativních činností (arteterapie, muzikoterapie) zlepšení smyslových, pohybových a paměťových funkcí. Zaměstnáváním odpoutáme pozornost od nepříznivého vlivu nemoci a zlepšujeme pacientovo sebepojetí či dovednosti. Zvláště vhodné jsou rukodělné činnosti (vyšívání, pletení, modelování, práce se dřevem, společenské hry) (KŘIVOŠÍKOVÁ, 2011).

K terapeutickým účelům lze v rehabilitaci využít i účinku různých druhů energie (fyzikální léčba), přírodních léčivých zdrojů (balneoterapie), hudby (muzikoterapie) či zvířat (canisterapie) (KOLÁŘ, 2009).

7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Potíže limitující pacienty s PN jsou projevem postižení, jak pohybových tak nepohybových funkcí a od nich se logicky odvíjí i specifika ošetrovatelské péče.

Při výběru diety pro pacienty s PN je v zásadě nutno dodržovat zásady racionální výživy spočívající ve střídmosti, pravidelnosti a pestrosti v jídle, vyváženosti základních živin, vitamínů, minerálů, stopových prvků a vlákniny (TRACHTOVÁ, TREJTNAROVÁ a MASTILIAKOVÁ, 2013). Výjimku tvoří pacienti léčení L-dopou, kde preferujeme nízkobílkovinou dietu. Alternativou je omezení příjmu bílkovin ráno a na oběd (v době největší motorické aktivity) a jídla bohatá na bílkoviny podáváme k večeři, kdy se nepředpokládá vysoká pohybová aktivita. L-dopu se doporučuje užívat na lačno asi půl hodiny před jídlem a nejdříve hodinu po jídle. Ketogenní dieta je diskutovanou alternativou léčby PN, nevýhodou je náročnost její přípravy. Pacientovi dopřejeme pro příjem jídla a pití dostatek času, v případě nutnosti poskytneme pomoc. U pacientů méně soběstačných je vhodné použití různých kompenzačních či substitučních pomůcek (příbory s držátky, speciálně tvarované či plastové talíře, talířové obruby, jídelní protiskluzové podložky, láhev či hrnek opatřený víčkem a slámkou). Doporučuje se jíst menší porce rozložené do více denních dávek. Dbáme na optimální konzistenci stravy. Při funkčním polykacím aktu lze volit tuhou stravu o menších soustech, kterou často zapíjíme malým množstvím studené vody, která dobře stimuluje polykací akt. Při potížích s polykáním je vhodná měkká, mixovaná a kašovitá strava. Možností je rovněž sipping. Po jídle obvykle ponecháváme pacienta ve zvýšené poloze minimálně 30 minut, absolutně nevhodnou je poloha vleže se záklonem hlavy. Po každém jídle je rovněž důležitá hygiena dutiny ústní. Pacienta opakovaně upozorňujeme, aby se napil, nebo mu tekutiny nabízíme aktivně. I tekutiny lze zahustit (DOSTÁL, CHVÍSTKOVÁ, 2010).

Pacienti s PN trpí častým močením a zácpou. Pacientovi dopřejeme k vyprázdnění optimální polohu, dostatečný čas a soukromí. Dle potřeby poskytneme asistenci. Záchodovou mísu opatříme vhodnými nástavci či madly. K dosažení co největšího komfortu využíváme různých pomůcek, které lze využít i mimo koupelnu či toaletu (močová láhev, podložní mísa, klozetové křeslo). Při zácpě volíme vysoko zbytkovou dietu, dostatečně pacienta zavodníme, během dne zabezpečíme dostatečnou

pohybovou aktivitu, pokud to dovolí stav pacienta. Vhodná je i masáž kolon. Zasáhnout můžeme i farmakologicky či stolicí vybavit prostřednictvím nálevu nebo manuálně (SLEZÁKOVÁ, 2014).

U pacientů s PN jsou časté noční děsy s epizodami náhlých a abnormálních pohybů těla, hlavy nebo končetin. Častý je i přerušovaný spánek či neschopnost změnit polohu na lůžku. Při uspokojování potřeb spánku respektujeme pravidla spánkové hygieny úpravou prostředí jako jsou pokojová teplota 18-21 °C, čerstvý vzduch, vyhovující zatemnění, ztlumený hluk, pohodlná postel se sníženým rámem, pevnou matrací, včetně různých pomůcek (zábradlí u postelí, madla, žebříčky a popruhy) pro lepší přístupnost do postele a otáčení se v posteli, zabezpečením dostatečné pohybové aktivity v průběhu dne, omezením příjmu jídla a tekutin v pozdních večerních hodinách pokud je to možné, zabezpečením tělesné a psychické pohody, vyprázdněním před spánkem, osobní hygienou v teplé vodě. Pocit bezpečí navodíme ujištěním pacienta o přítomnosti pomoci v případě potřeby, rovněž i umístěním signalizačního zařízení v dosahu ruky pacienta. Pro lepší orientaci můžeme ponechat rozsvícené noční světlo. Respektujeme předspánkové zvyklosti a pomůžeme je realizovat v případě deficitu sebeděže (HALMO, 2015).

Motorické příznaky často stěžují až znemožňují vykonávání osobní hygieny, proto pacienti při běžných činnostech, jakými jsou koupel či sprchování, mytí obličeje, česání, mytí zubů a u mužů i holení potřebují pomoc. Během realizace hygienické péče je prvořadá bezpečnost, provedení efektivní hygieny a soukromí. Celkovou hygienu v koupelně provádíme tehdy, je-li pacient ve stavu dobré hybnosti a pro případy náhlého zhoršení máme připraven vozík. V ostatních případech provádíme celkovou koupel na lůžku, používáme žínku, pacienta omýváme dlouhými krouživými pohyby a vhodná je i masáž obličeje na uvolnění ztuhlých mimických svalů. Důležitá je úprava prostředí ve kterém pacient provádí hygienickou péči. V koupelně je potřebné umístit madla na zeď či k vaně/ sprchovému koutu, protiskluzové podložky na podlahu i do vany/ sprchového koutu, sedátka do vany/ sprchového koutu. Pákové baterie jsou taktéž vhodným doplňkem. Pacientovi poskytneme kartáč na dlouhé rukojeti, používáme tekuté mýdlo s pumpičkou. Omezení jemné motoriky dělá potíže s hygienou dutiny ústní, česáním a u mužů i s holením. Proto se doporučuje používat elektrické zubní kartáčky, elektrické holící strojky a hřebeny s dlouhou rukojetí (BONNET a HERGUETA, 2012).

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 1938
Rodné číslo: 38..../...	Věk: 76 let
Pohlaví: ženské	Bydliště: X
Zaměstnání: důchodkyně, dříve dělnice	Vzdělání: střední odborné vzdělání
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: vdaná	
Jméno příbuzného: X. Y.	Bydliště příbuzného: X.
Datum příjmu: 9. 9. 2014	Čas příjmu: 13:30 hodin
Typ přijetí: akutní	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: neurologické oddělení	Přijal: X. Y.
Ošetřující lékař: X. Y.	Obvodní lékař: X. Y.

POUČENÍ O LÉČEBNÉM ŘÁDU

Pacientka byla poučena.

INFORMOVANÝ SOUHLAS S LÉČBOU

Pacientka podepsala informovaný souhlas s léčbou.

MEDICÍNSKÁ DISGNÓZA HLAVNÍ

Suspektní Parkinsonova nemoc.

VEDLEJŠÍ MEDICÍNSKE DIAGNÓZY

ICHS, Hypertenzní nemoc II. Stupně dle WHO, stav po recidivující TIA, stav po flebotrombóze LDK komplikované plicní embolií před mnoha lety, Gastroezofageální reflux, Chronická astmoidní bronchitida, Uzel štítné žlázy, Hypercholesterolémie, Hyperhomocysteinémie, Artróza váhonosných kloubů, Chronický polytopní

vertebrogenní algický syndrom.

DŮVOD PŘÍJETÍ UDÁVANÝ PACIENTKOU

„Mám slabé nohy, těžko se mi vstává a chodí, třesu se jako osika. Zhoršilo se to přes víkend“.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘÍJMU

TK: 170/90 mmHg	Výška: 164 cm
P: 65/min, pravidelný	Hmotnost: 83 kg
D: 14/minutu	BMI: 30.86, obezita 1. Stupně
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: částečně imobilní
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná pouze osobou a místem, časem pouze částečně	Krevní skupina: 0, Rh pozitivní

Pacientka byla srozumitelně seznámena se všemi okolnostmi a povahou jejího zdravotního stavu, souhlasí s realizací lékařských výkonů a vyšetření. Prohlašuje, že rozumí všem sděleným informacím, navržené léčbě, vyšetřením a výkonům, výsledkům a také možným komplikacím, které jsou spojené s vyšetřením.

ZDROJ INFORMACÍ

Lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace, rodina.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

78- roční pacientka přivezena posádkou RZP pro postupně narůstající třes horních končetin s pravostrannou dominancí, neschopnost chůze a zapomínání.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec nebyl vážně nemocen, zemřel na stáří v 85 letech. Matka se léčila se srdcem a zemřela v 72 letech. Dva sourozenci ještě žijí, netrpí závažnými nemocemi. Její 2 dcery

jsou zdravé.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění

ICHS, v kardiologické dispenzarizaci, poslední ECHO vyšetření v roce 2013 s nálezem dobré funkce LK i PK, stopové Mitrální regurgitace, Trikuspidální regurgitace I. stupně.

Hypertenzní nemoc II. Stupně dle WHO

Stav po recidivující TIA

Stav po flebotrombóze LDK komplikované plicní embolií před mnoha lety

Gastroezofageální reflux

Chronická astmoidní bronchitida, toho času v remisi

Uzel štítné žlázy, eufunkční

Hypercholesterolémie

Hyperhomocysteinémie

Artróza váhonosných kloubů

Chronický polytopní vertebrogenní algický syndrom

Hospitalizace a operace

V dětství byla na apendektomii, před mnoha lety byla hospitalizována na interním oddělení pro plicní embolii a v roce 2013 hospitalizována na neurologickém oddělení pro polytopní vertebrogenní algický syndrom.

Úrazy:

Úrazy neměla, transfuzi nedostala.

Očkování:

Běžné dětské očkování.

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Pentomer retard 400 mg tbl 1-0-1, Godasal 100 mg tbl 0-1-0, Citalec 10 mg tbl 1-0-0, Isoptin SR 240 mg tbl 1-0-1/2, Lanzul 30 mg tbl 0-0-1, Medrin 25 mg tbl 1-1-1,

Prestarium neo 5 mg tbl 1-0-0, Zocor 20 mg tbl 0-0-1, Tanakan 40 mg tbl 1-0-1, Uroxal 5 mgtbl 1-0-0.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

2 děti, abort: 0, UPT: 0. Menarché v 15 letech, menstruace pravidelná, bez těžkostí. HAK neužívala. Samovyšetření prsou neprovádí. Klimakterium v 50 letech bez problémů. Poslední gynekologické vyšetření včetně mamografického vyšetření v roce 2009.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Udává alergii na Intrajodin a Eunalgit, alergie se projevuje vyrážkou.

ABÚZY

Alkohol pije pouze příležitostně, kávu si dá ráno a po obědě, nekouří, závislost na lécích a drogách neguje.

PSYCHOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Vývojové období – stáří, premorbidní osobnost- melancholik, emoční oblast, přecitlivělost, velká podpora celé rodiny.

SOCIÁLNÍ A PRACOVNÁ ANAMNÉZA

Pacientka je důchodkyně. Žije se svým manželem v bytě 3+1 v 2. poschodí s výtahem. Vztahy v rodině jsou velmi dobré, děti s vnoučaty je navštěvují pravidelně. Pacientka má kamarádky, které ji taky navštěvují pravidelně. Volný čas nejraději tráví se svou rodinou a poslechem dechové hudby.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacientka je římsko - katolického vyznání.

RELIGIÓZNÍ PRAKTIKY

Nepraktikuje.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 20. 1. 2015

Systém	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Mívám ztuhlý krk, hlavně po ránu“	<p>Hlava normocefalická, bez známek zevního traumatu, bez deformit, palpačně nebolestivá. Uši a nos bez výtoků. Výrazná hypomimie. Skléry anikterické, bulby ve středním postavení, dotahují do všech stran, bez nystagmu, izokorie, fotoreakce bilaterálně správná. Dutina ústní čistá, protézy, jazyk vlhký, nepovleklý, plazí se středem.</p> <p>Krk: omezení aktivní i pasivní hybnosti ve všech směrech celkově asi o 1/3. Krční tepny tepou symetricky, žíly nepřeplněny. Lymfatické uzliny nehmatné. Štítná žláza orientačně nezvětšena.</p>
Hrudník a dýchací systém	<p>„Zadýchám se vždy, když jdu něco dělat, ale pak se rozdýchám a je to v pohodě“</p> <p>„Když se rozčílím, mám tlak jako hrom“</p>	<p>Hrudník symetrický, klenutý, bez změn tvaru a postavení, bez deformit či známek poranění. Palpačně pevný. Při inspiriu se zvedá symetricky.</p> <p>Axily beze změn barvy kůže, lymfatické uzliny nehmatné. Prsa palpačně bez hmatné rezistence, bradavky bez sekrece.</p> <p>Dýchání klidné s frekvencí 14 dechů za minutu, bez dušnosti.</p> <p>Poslechově dýchání bez stranového oslabení, oboustranně čisté, bez vedlejších patologických fenoménů v celém rozsahu.</p>
Srdcově cévní systém	„ Mám vysoký krevní tlak, léčím se i na srdce, nemám s ním potíže “	AS pravidelná, srdeční frekvence 56 pulzů za minutu, srdeční ozvy s jemným systolickým šelestem bez propagace, TK 170/90 mmHg, periferie teplá, nehtová lůžka růžová, fenomén rekapilarizace

		nehtového lůžka neporušený, pulzace na periférii horních i dolních končetin bilaterálně přítomna, dolní končetiny bez otoků s drobnými varikozitami.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Břicho mě nebolí, na stolicí chodím nepravidelně a málo“	Břicho nad úrovní hrudníka, palpačně měkké a nebolestivé, játra a slezina nehmatná, peristaltika auskultačně slyšitelná, vyšetření per rektum neakceptuje.
Močový a pohlavní systém	„Močím několikrát za den, koupila jsem si nádobu na moč“	Genitál ženský, pochva bez výtoků, močení na klozetovém křesle na pokoji s dopomocí ošetřovatelského personálu, moč čirá, žluté barvy, nezapáchající,
Kosterní a svalový systém	„Mám slabé nohy, těžko se mi vstává na nohy a chodí, třesu se jako osika. Zhoršilo se to přes víkend“	Horní končetiny: hypokinéze, bradykinéze s třesem měnící se intenzitou a rigiditou, více vpravo. Rovněž snížena koordinace pohybů horních končetin. Jemná motorika nepřesná. Svalová síla celkem normální. Dolní končetiny: snížená hybnost, svalová síla a tonus, více vpravo. Obtížná vertikalizace s dopomocí, diadochokinéze. Klouby bez deformit, palpačně nebolestivé. Kosterní aparát bez deformit. Hodnocení rizika pádu- 4 body (pacientka ohrožena rizikem pádu).
Nervový a smyslový systém	„Mám slabé nohy a nedokážu se postavit, zhoršilo se to přes víkend“	Plně při vědomí, orientována osobou a místem, časem pouze částečně. Bez křečí. Staropaměť v normě, asi půl roku zhoršena novopaměť. Čich a sluch orientačně v normě. Dalekozrakost, korekce brýlemi. MMSE 21 bodů- demence mírného až středně těžkého stupně

Endokrinní systém	„nemám potíže“	Bez zjevných projevů endokrinních poruch
Imunologický systém	„Nebývám nemocná“	Afebrilní, TT 36,6 °C, lymfatické uzliny nezvětšené, bez známek infekce, alergická na Intrajodin, Eunalgit
Kůže a její adnexa	„Nemám žádné vyrážky“	Kůže čistá, suchá, teplá, normální barvy, bez ikteru, bez cyanózy, bez patologických eflorescencí, turgor snížený. Malá jizva v pravém dolním kvadrantu, zhojená per primam. Vlasy a ochlupení šedivé. Nehty delší, upravené bez cyanózy.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Aktivita	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	„Nejsem vybíravá, sním všechno“ „S pitím je to horší, nevím kolik denně vypiju“ „Rozlívám ze skleničky“	BMI 30,86- Obezita I. stupně, příjem tekutin nedostatečný. Snížená soběstačnost. Vhodné použití různých pomůcek a dopomoc ošetřujícího personálu. Potřeba aktivně nabízet tekutiny. Dieta se sníženým obsahem bílkovin.
Vylučování stolice a moče	„Trpím zácpou“	Pacientka trpí zácpou. Nevzpomene si, kdy byla naposledy na stolici. Ordinována laxativa. Močení a vyprazdňování na klozetovém křesle na pokoji s dopomocí ošetřovatelského personálu.
Spánek a bdění	„Se spánkem je to v posledních dnech horší“	Spánek narušen, známky únavy, přítomna zvýšená denní spavost
Aktivita a odpočinek	„Nedělám nic, odpočívám“	Během dne pacientku navštěvuje manžel s dcerami.
Hygiena	„V posledních dnech mi“	S hygienickou péčí dopomáhá ošetřovatelský personál. Výměna osobního a ložního prádla.

	pomáhala dcera“	
Samostatnost	„Potřebuji pomoci“	Dle testu Barthelové testu běžných denních činností má pacientka momentálně lehký stupeň závislosti (65 bodů)

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí	„Jsem při vědomí“	Plně při vědomí, GCS 15 bodů
Orientace	„Jsem v nemocnici, jmenuji se X. Y. Nemůžu si vzpomenout na přesný datum“	Orientována místem, a osobou, částečně časem. (správně uvádí pouze měsíc)
Nálada	„Bojím se co se děje“	Pacientka má obavy z nemoci, projevuje známky úzkosti
Paměť	„Zapomínám“	Staropaměť v normě, asi půl roku zhoršena novopaměť.
Myšlení	„Nevím co odpovědět“	Pacientka rozumí. Myšlení logické ale zpomalené.
Temperament	„Zeptejte se dědy“	Melancholik
Sebehodnocení	„Mám mnoho chyb“	Má reálný pohled na sebe sama
Vnímání vlastního zdraví	„Bojím se, co bude“	Pacientka má strach z budoucnosti

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

KOMUNIKACE

Pacientka komunikuje verbálně i gestikulacemi. Řeč bez výraznějších nápadností, patrné známky pomalejšího tempa řeči a obtížnějšího nalézání složitějších výrazů. Odpovědi přiléhavé.

SOCIÁLNÍ ROLE

Primární: Žena, 76 let, bez patologií

Sekundární: Matka, babička, role naplněná

Terciální: Chápe svůj zdravotní stav a snaží se s ním vyrovnat, spolupracuje
Sociální interakce: Vztahy s lékařem a ošetřujícím personálem jsou velmi dobré.
Pacientka má pevné rodinné zázemí, rodina je jí velkou oporou

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ

Neurologické vyšetření

L-Dopa test

Laboratorní vyšetření- krevní obraz, moč chemicky + sediment, biochemie- urea, kreatinin, ALT, AST, Glykémie, Na+, K+, Cl-, TSH, kyselina listová

RTG srdce a plic

CT mozku

EEG vyšetření

USG vyšetření karotid+vertebrálních tepen

Interní vyšetření

Psychologické vyšetření

VÝSLEDKY ORDINOVANÝCH VYŠETŘENÍ

Neurologické vyšetření: Progredující třes horních končetin, více vpravo. Povšechná hypokinéze a bradykinéze končetin s pravostrannou dominancí, výrazná hypomimie. Rigidita horních končetin, více vpravo. Suspektní i kognitivní deficit.

L-Dopa test: pozitivní

Laboratorní vyšetření: v mezích normy

RTG srdce a plic: Parenchym plicních křídel s přiměřenou, symetrickou transparentí a cévní kresbou, bez zřejmých patologických změn, bránice hladká, úhly volné, srdeční stín rozšířený- KTI 15/27, elongace aorty s kalcifikáty, Oběhově kompenzována.

CT mozku: Atrofie mozku, leukoaraióza, cévní kalcifikace. Pseudocysta v pravé hemisféře mozečku staršího data. Bez prokazatelných čerstvých chorobných změn.

EEG vyšetření: Lehká hypofunkční abnormalita- pomalejší základní alfa aktivita (8-9 Hz), oboustranně parieto- temporálně epizodická théta příměs, známky somnolence.

USG vyšetření karotid+vertebrálních tepen: Extrakraniálně na karotidách minimální aterosklerotické nástěnnosti, difuzně nízké průtoky. Vertebrální tepny bilaterálně široké s nižším průtokem. V prevertebrálním úseku na pravé vertebrální tepně kinking.

Interní vyšetření: Hypertenze, hyperlipidemie, neurologické závěry.

Psychologické vyšetření: Kognitivní zpomalení s projevy rozvinuté demence lehkého stupně

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

DIETA

Dieta číslo 6, nízkobílkovinná, výživa per os.

POHYBOVÝ REŽIM

Včasná mobilizace.

REHABILITACE

Kondiční cvičení, mobilizace, nácvik chůze.

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

- Per os: Godasal 100 mg tbl 0-1-0, Citalec 20 mg tbl 1-0-0, Isoptin SR 240 mg tbl 1-0-1/2, Lanzul 30 mg tbl 0-0-1, Prestarium neo 5 mg tbl 1-0-0, Zocor 20 mg tbl 0-0-1, Fenolax 5 mg tbl 2-2-0, Motilium 10 mg tbl 1-1-1, Isicom 250 mg tbl 1.1-1- 1 (6, 10, 14, 18 hodin), Stilnox 10 mg tbl 0-0-1 (21 hodin), Lexaurin 3 mg tbl dle potřeby, Paralen 500 mg tbl dle potřeby.
- Intra venózně: sine.
- Per rektum: sine.
- Jiná: sine.

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Žádná.

SITUAČNÍ ANALÝZA

76 letá pacientka přijata dne 20. 1. 2015 v 13.30 na standardní jednotku neurologického oddělení pro zhoršení v motorické oblasti (nemohla chodit, třes končetin).

Pacientka je plně při vědomí, orientována místem a osobou, časem pouze částečně (uvádí správně jen měsíc). Vertikalizace a chůze schopna pouze s dopomocí, přítomna diadochokinéze. TK 170/90 mmHg, 65 pravidelných pulzů a 14 dechů za minutu, TT 36,6 °C, 164 cm vysoká, 83 kg váhy, BMI 30,86, hydratace snížena.

Je komunikativní, vstřícná, soustředivá, snaží se o dobrou spolupráci. Všemu rozumí. Odpovídá přiléhavě. Myšlení logické. Znamky kognitivního zpomalení s projevy rozvinuté demence lehkého až středního stupně, MMSE 21 bodů. Řeč se známkami zpomaleného tempa a obtížného nalézání složitějších výrazů. V klinickém obraze dominuje třes horních končetin, povšechná hypokinéze a bradykinéze končetin, rigidita horních končetin a chabost dolních končetin s pravostrannou dominancí. Přítomna je i výrazná hypomimie. Pacientka má narušený spánek se známkami únavy a zvýšenou potřebou spánku během dne. Trpí zácpou, dle ordinace lékaře podávány laxativa. Dle testu Barthelové vykazuje pacientka lehký stupeň závislosti (65 bodů) a vyžaduje pomoc ošetřovatelského personálu při hygieně oblékání, stravování a vylučování stolice či moče. Je rovněž ohrožena rizikem pádu (4 body v hodnocení rizika pádu). Úzkost a strach z nemoci a budoucnosti významně ovlivňují její psychický stav, má velkou oporu v rodině, navštěvuje ji manžel s dcerami.

8.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Zhoršená pohyblivost v souvislosti se zánikem neuronů bazálních ganglií, projevující se třesem, bradykinézou, hypokinézou a ztuhlostí.

Nedostatečný příjem tekutin v souvislosti s třesem horních končetin, projevující se sníženým kožním turgorem.

Zácpa v souvislosti s vegetativní poruchou, projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování.

Snížená sebek péče při jídle v souvislosti se zhoršením třesu a hybnosti, projevující se studem pacientky a neschopností se sama najíst

Snížená sebek péče v oblasti hygieny v souvislosti se zhoršením třesu a hybnosti, projevující se sníženým stupněm péče o sebe sama.

Snížená sebek péče v oblasti oblékání v souvislosti se zhoršením třesu a hybnosti, projevující se neschopností obléct se.

Porucha spánku v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem a změnou prostředí, projevující se známkami únavy a zvýšenou potřebou spánku během dne

Strach v souvislosti s postupem nemoci a nejisté budoucnosti, projevující se verbalizací.

POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY

Riziko pádu v souvislosti s narušenou hybností a stabilitou.

Riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s komplikacemi Parkinsonovy nemoci.

Riziko dehydratace v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Sesterská diagnóza: Zhoršená pohyblivost v souvislosti se zánikem neuronů bazálních ganglií, projevující se třesem, bradykinézou, hypokinézou a ztuhlostí
Priorita: střední Cíl: Pacientce se zlepší pohyblivost
Výsledná kritéria: Pacientka zná a je poučena o pravidelném užívání léků a to zejména L-dopy, která má vliv na zlepšení pohyblivosti do 1 hod. Zlepšení třesu, bradykinézy, hypokinézy a ztuhlosti do 5 dnů Pacientka je schopna chůze samostatně nebo s pomůckami do 5 dnů
Plán intervencí: Podávej léky dle ordinace lékaře, pouč pacientku o nutnosti pravidelného užívání L-dopy, rovněž pouč pacientku o dietních opatřeních, která jsou spojena s užíváním L-dopy (sestra, zdravotnický asistent) Dle indikace kontaktuj fyzioterapeuta, konzultuj s ním individuální program mobility a doporučení pomůcek, spolupracuj s ním, při rehabilitaci se řiď jeho pokyny (sestra, zdravotnický asistent) Sestav rozvrh tak, aby se střídala chůze a cvičení s odpočinkem (sestra, zdravotnický asistent) Poskytni pacientce dostatek času na nácvik chůze (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář) Povzbuzuj pacientku, podporuj ji v chůzi a cvičení (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář) Dbej na bezpečnost pacientky a prevenci pádů (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář) Edukuj pacientku ve spolupráci s fyzioterapeutem, jak používat pomůcky (chodítka, berle, hůlky) (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář) Vysvětli pacientce důsledky nepohyblivosti (imobilizační syndrom) (sestra, zdravotnický asistent)
Realizace: Podávání léku dle ordinace lékaře

<p>Edukování pacientky o nízkobílkovinové dietě</p> <p>Kontaktován fyzioterapeut, sestaven rehabilitační plán</p> <p>Vysvětlení využití kompenzačních pomůcek</p> <p>Opakovaně nácvik chůze s pomůckami a v doprovodu</p> <p>Edukace pacientky o riziku imobility (imobilizační syndrom)</p> <p>Provedení záznamu do zdravotnické dokumentace</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacientka do 1 hodiny věděla, že pravidelné užívání L-dopy je důležité pro zlepšení jejího pohybu</p> <p>Do 5 dnů došlo ke zlepšení třesu, bradykinézy, hypokinézy a ztuhlosti pacientky</p> <p>Pacientka byla schopna chůze s pomocí kompenzačních pomůcek za 5 dnů.</p>

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka je schopna chůze s pomocí kompenzačních pomůcek. Ovšem vzhledem k projevům PN je potřeba v naplánovaných intervencích nadále pokračovat.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Nedostatečný příjem tekutin v souvislosti s třesem horních končetin, projevující se sníženým kožním turgorem</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl: Pacientka má dostatečný příjem tekutin</p>
<p>Výslední kritéria:</p> <p>Pacientka chápe význam dodržování pitného režimu a rizika spojená s nedostatečným příjmem tekutin do 3 hodin</p> <p>Pacientka denně vypije 2-2,5 litru tekutin</p> <p>Pacientka má zlepšený kožní turgor do 1 dne</p> <p>Pacientka zná a umí využívat pomůcky k usnadnění příjmu tekutin do 3 hodin</p>
<p>Intervence:</p> <p>Vysvětlí význam dostatečného příjmu tekutin a rizika spojená s nedostatečným příjmem tekutin (sestra, zdravotnický asistent)</p> <p>Aktivně nabízej tekutiny, eventuálně poskytni pomoc při příjmu tekutin (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Zajisti dostatek tekutin na pokoj, nejlépe na dosah ruky pacientky (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p>

<p>Poskytni pomůcky (láhev opatřená víčkem a slámkou) k snadnějšímu příjmu tekutin (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář) eventuálně dopomoc</p> <p>Veď záznam o příjmu tekutin (sestra zdravotnický asistent)</p> <p>Aktivně pátrej po známkách dehydratace (sestra, zdravotnický asistent)</p>
<p>Realizace:</p> <p>Zajištění dostatečného množství tekutin</p> <p>Edukace pacientky o významu dostatečného příjmu tekutin</p> <p>Ověření získaných znalostí pomocí zpětné vazby</p> <p>Využívání pomůcek k usnadnění příjmu tekutin</p> <p>Aktivní nabízení tekutin</p> <p>Zaznamenávání množství přijatých tekutin do dokumentace</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacientka věděla, že pravidelný pitný režim je důležitý do 3 hodin a rozuměla rizikům, které jsou spojené s nedostatečným příjmem tekutin do 3 hodin</p> <p>Pacientka zná doporučený denní příjem tekutin, denně vypila 2 litry tekutin</p> <p>Pacientka používala k příjmu tekutin slámkou či hrnek s víčkem do 1 hodiny</p> <p>Kožní turgor byl zlepšen do 1 dne</p>

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka vypije denně 2 litry tekutin. V naplánovaných intervencích je však třeba dále pokračovat vzhledem k diagnóze pacientky.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Zácpa v souvislosti s vegetativní poruchou, projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl: pacientka se pravidelně vyprazdňuje</p>
<p>Výsledná kritéria</p> <p>Pacientka vypije denně 2-2.5 litru tekutin</p> <p>Pacientka konzumuje jídlo bohaté na vlákninu do 1 dne</p> <p>Pacientka má dostatečnou pohybovou aktivitu do 1 dne</p> <p>Pacientka má pravidelnou stolicí do 3 dnů</p> <p>Pacientka se vyprázdní po podání laxativ do 1 dne</p>
<p>Plán intervencí:</p>

<p>Sleduj frekvenci vyprazdňování stolice (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Sleduj konzistenci, barvu, zápach a příměsi stolice (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Vysvětli význam konzumace vlákniny, ovocných šťáv nebo teplých stimulačních nápojů (sestra, zdravotnický asistent, nutriční terapeut)</p> <p>Pouč o dostatečném příjmu tekutin 2-2.5 litru tekutin denně (sestra, zdravotnický asistent)</p> <p>Dohlížej na dostatečný příjem tekutin (sestra, zdravotnický asistent)</p> <p>Zabezpeč dostatečné soukromí při vyprazdňování (sestra, zdravotnický asistent)</p> <p>Zajisti dostatečnou hygienu po vyprazdňování (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Dle ordinace lékaře podej laxativa (sestra, zdravotnický asistent)</p> <p>Vše pečlivě zaznamenávej do zdravotnické dokumentace</p>
<p>Realizace:</p> <p>Dle ordinace lékaře podány laxativa</p> <p>Edukace pacientky o významu zvýšené konzumace vlákniny, ovocných šťáv nebo teplých stimulačních nápojů, ověření získaných informací zpětnou vazbou</p> <p>Dohlížení na dostatečný pitný režim a aktivní nabízení tekutin</p> <p>Zajištění dostatečného soukromí při vyprazdňování,</p> <p>Pacientka vykonává vyprazdňování na pokojovém WC s nástavcem</p> <p>Sledování konzistence, barvy, zápachu a příměsi stolice</p> <p>Umožnění dostatečné hygieny po vyprázdnění</p> <p>Provedení záznamu do zdravotnické dokumentace</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacientka vypila 2 litry tekutin za 1 den</p> <p>Pacientka konzumovala jídlo bohaté na vlákninu do 1 dne</p> <p>Pacientka se vyprázdnila po podání laxativ do 12 hodin</p>

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn částečně. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Snížená sebeděče při jídle v souvislosti se zhoršením třesu a hybnosti, projevující se studem pacientky a neschopností se sama najíst</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl: Zlepšení sebeděče při příjmu jídla</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <p>Pacientka přijímá stravu bez studu do 2 dnů</p> <p>Pacientka používá asistenční pomůcky ke stravování do 1 dne</p> <p>Pacientka je účinně motivována do 1 dne</p>
<p>Plán intervencí:</p> <p>Buduj vztah důvěry a spolupracuj s pacientkou (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Zajisti asistenční pomůcky ke stravování (sestra, zdravotnický asistent)</p> <p>Nauč pacientku využívat asistenční pomůcky ke stravování</p> <p>Snaž se vyhovět chuti pacientky a zároveň požadavkům výživy (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Dohlédni na estetickou úpravu jídla (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Motivuj pacientku (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Zajisti psychickou pohodu pacientky (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Podporuj účast rodiny na řešení problému (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p>
<p>Realizace:</p> <p>Zajištění vhodných asistenčních pomůcek</p> <p>Edukace pacientky o asistenčních pomůckách</p> <p>Ověření znalostí a dovedností zpětnou vazbou</p> <p>Dohled a dopomoc při stravování</p> <p>Pacientka má dostatek času na stravování</p> <p>Komunikace a psychická podpora pacientky</p> <p>Účast rodiny při obědech a večeřích</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacientka přijímala stravu bez studu do 2 dnů</p>

Pacientka používala asistenční pomůcky ke stravování do 1 dne

Pacientka byla účinně motivována do 1 dne

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka se dokáže najíst sama a bez studu. Na plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Sesterská diagnóza:

Snížená sebekpêche v oblasti hygieny v souvislosti se zhoršením třesu a hybnosti, projevující se sníženým stupněm péče o sebe sama

Priorita: střední

Cíl: Zlepšena sebekpêche v oblasti hygieny

Výsledná kritéria:

Pacientka dokáže v rámci svých možností sama provést hygienu do 1 dne

Pacientka prokáže schopnost používat pomůcky tak, aby dosáhla nezávislosti při hygieně do 1 dne

Pacientka vyjadřuje uspokojení s provedením hygieny do 2 dnů

Plán intervencí:

Dbej na bezpečnost (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Dbej na provedení efektivní hygieny (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Zabezpeč soukromí při provádění hygienické péče (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Dopřej pacientce dostatek času (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Informuj pacientku o příslušenství v koupelně (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Informuj pacientku o vhodných pomůckách ulehčujících hygienickou péči (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Zapoj do péče o hygienu rodinu (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Poskytni pacientce vhodné edukační materiály (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Realizace:

Pacientka má při realizaci hygienické péče zajištěno soukromí

Pacientka vykonává hygienickou péči pod dohledem sestry

Pacientka má na realizaci hygienické péče dostatek času

<p>Pacientka využívá v koupelně madla, sedátko do vany, kartáč na dlouhé rukojeti, židli u umyvadla.</p> <p>Pacientka poučena o ulehčení hygienické péče použitím elektrického zubního kartáčku, hřebene na dlouhé rukojeti</p> <p>Do hygienické péče zapojena rodina</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacientka dokázala v rámci svých možností sama provést hygienu do 1 dne</p> <p>Pacientka byla sama schopna používat pomůcky do 1 dne</p> <p>Pacientka verbalizovala uspokojení s provedením hygieny do 2 dnů</p>

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka dokáže v rámci svých možností provést hygienickou péči. Na plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Snížená sebek péče v oblasti oblékání v souvislosti se zhoršením třesu a hybnosti, projevující se neschopností obléct se</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl: Zlepšena sebek péče v oblasti oblékání</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <p>Pacientka bude provádět péči o sebe na úrovni svých znalostí a dovedností do 5 dnů</p> <p>Pacientka se naučí novému způsobu pečovat o sebe sama včetně používání kompenzačních pomůcek do 5 dnů</p> <p>Pacientka prokáže znalost, jak pečovat o sebe sama v dané oblasti do 5 dnů</p>
<p>Plán intervencí:</p> <p>Zjistí, jaké kompenzační pomůcky pacientka potřebuje, a zajistí je (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Nauč pacientku používat kompenzační pomůcky (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Poskytvej pacientce pomoc při oblékání (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Poskytni pacientce dostatek času při oblékání (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Dběj na soukromí pacientky (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)</p> <p>Usměřňuj pacientku k aktivní roli při řešení problémů (sestra, zdravotnický asistent,</p>

ošetřovatel, sanitář) Pozitivně motivuj pacientku k činnosti a oceňuj vhodným způsobem její aktivitu (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)
Realizace: Opatření vhodných kompenzačních pomůcek Vysvětlení a ukázka použití kompenzačních pomůcek Ověřování získaných znalostí a dovedností zpětnou vazbou Zajištění soukromí a dostatečného času při oblékání Pacientka pochválena za aktivní přístup
Hodnocení: Pacientka se dokázala v rámci svých možností sama obléct do 5 dnů Pacientka prokázala schopnost používat pomůcky, aby se oblékla do 5 dnů Pacientka prokázala znalost, jak pečovat o sebe sama v dané oblasti do 5 dnů

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka se dokáže v rámci svých možností sama obléknout. Na plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Sesterská diagnóza: Porucha spánku v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem a změnou prostředí, projevující se známkami únavy a zvýšenou potřebou spánku během dne
Priorita: střední Cíl: Zlepšení délky a kvality spánku
Výsledná kritéria: Pacientka usíná do 30 minut po uložení do lůžka Pacientka spí nejméně 6 hodin bez probuzení do 2 dnů Pacientka se po spánku cítí odpočatá do 2 dnů
Plán intervencí: Pouč pacientku o správných spánkových návycích a faktorech ovlivňující spánek (sestra, zdravotnický asistent) Aktivizuj pacientku přes den (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář) Zabezpeč pacientce dostatečnou pohybovou aktivitu v průběhu dne (sestra, rehabilitační sestra, zdravotnický asistent, sanitář) Zabezpeč tělesnou a psychickou pohodu pacientky (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Umožni pacientce vyprázdnit se a vykonat osobní hygienu v teplé vodě před spánkem (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Vytvoř vhodné prostředí pro spánek a odpočinek (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Respektuj předspánkové zvyklosti pacientky a pomáhej je realizovat (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Ujistí pacientku o přítomnosti pomoci v případě potřeby (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Umístí signalizační zařízení na dosah ruky pacientky (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Aplikuj léky na spaní či léky snižující úzkost dle ordinace lékaře (sestra, zdravotnický asistent)

Sleduj kvalitu a trvání spánku a vše zaznamenávej do dokumentace (sestra, zdravotnický asistent)

Realizace:

Pacientka je během dne aktivizována - sleduje televizi, poslouchá dechovou hudbu, navštěvuje ji rodina

Během dne pacientka vykonává pohybovou aktivitu pod dohledem rehabilitační sestry či ošetřovatelského personálu

Pacientka je poučena o vhodnosti omezení příjmu jídla a tekutin v pozdních večerních hodinách a snaží se poučení dodržovat

Před spánkem upraveno prostředí- pokojová teplota 18-21 °C, čerstvý vzduch, vyhovující zatemnění, ztlumený hluk, pohodlná postel s pevnou matrací, příslušenství (zábradlí u postelí, madla, žebříčky a popruhy) pro lepší přístupnost do postele a otáčení se v posteli

Příprava pacientky ke spánku dle jejich zvyklostí

Pacientka se před spánkem vyprázdnila a vykonala osobní hygienu

Pacientka ujištěna o přítomnosti pomoci v případě potřeby

Pacientka se ukládá k spánku klidná

Sestra umístila signalizační zařízení na dosah ruky pacientky

Provedení záznamu o trvání a kvalitě spánku do dokumentace

Podání hypnotika či anxiolytika dle ordinace lékaře

Hodnocení:

Pacientka po podání hypnotik usnula do 30 minut

Pacientka spala nepřetržitě 7 hodin

Pacientka se po spánku necítila odpočatá do 2 dnů

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn částečně. Pacientka spí nepřetržitě 7 hodin, ale po probuzení se necítí odpočatá. Na plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Sesterská diagnóza:

Strach v souvislosti s postupem nemoci a nejisté budoucnosti, projevující se verbalizací.

Priorita: střední

Cíl: pacientka chápe pocit strachu a verbalizuje zmírnění

Výsledná kritéria:

Pacientka chápe strach a mluví o něm do 6 hodin

Pacientka umí odlišit zdravý strach od nezdravého do 8 hodin

Pacientka se naučí vhodné techniky zvládnání strachu do 1 dne

Plán intervencí:

Buď pacientce na blízku, naslouchej ji a povzbuzuj ji (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Podej dostatek informací dle svých kompetencí tak aby jim porozuměla (sestra, zdravotnický asistent)

Dávej prostor pro možné dotazy pacientky (sestra, zdravotnický asistent)

Snaž se pacientku odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)

Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, ved' záznam (sestra, zdravotnický asistent)

Realizace:

Sestra je pacientce kdykoli k dispozici

Sestra poskytuje pacientce dostatek informací dle svých kompetencí

Sestra učí pacientku relaxačních technik

podávání léků dle ordinace lékaře a proveden záznam do dokumentace

Hodnocení:

Pacientka byla schopna rozpoznat objekt strachu a diskutovat o něm do 6 hodin

Pacientka se snažila eliminovat zdroj strachu, dokázala odlišit zdravý strach od nezdravého do 8 hodin

Pacientka využívala vhodné techniky zvládnání strachu do 1 dne

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka verbalizuje zmírnění strachu. Na plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka byla na neurologickém oddělení hospitalizována 5 dní. První den hospitalizace ošetrovatelský personál dopomáhal pacientce v oblasti sebeděče, především v hygieně, stravování, oblékání, vyprazdňování. Důraz kladen na pitný režim pacientky. Ošetrovatelský personál pacientku naučil novým způsobům k usnadnění sebeděče s využitím pomůcek. Nezanedbatelnou součástí byla i psychická podpora pacientky. Po nasazení L-dopy došlo k rychlému zlepšení stavu pacientky. Zmírnil se třes, pacientka byla sama schopna chůze s pomůckami, zlepšila se sebeděče. Pacientka během hospitalizace byla nekonfliktní, vlídná, komunikativní, ochotná, aktivně a s velkým nasazením cvičila jak s fyzioterapeutem, tak s ošetřujícím personálem. Došlo ke zmírnění strachu z budoucnosti. Chodící bez dopomoci po 5 dnech hospitalizace propuštěna do domácí péče.

8.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ošetrovatelský personál se může setkat s pacientem trpícím PN na jakémkoliv oddělení ústavního zařízení. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je v mnoha oblastech specifická, aby byla prováděna co nejkvalitněji, považovali jsme za nutnost navrhnout následná doporučení.

Každá sestra by se měla dostatečně informovat o problematice PN a prohlubovat znalosti v oblastech ošetřování těchto pacientů.

Mezi nejdůležitější opatření určitě patří pravidelné užívání antiparkinsonik. Zabezpečení základních lidských potřeb a pomoc při jejich realizaci dle stupně soběstačnosti pacienta považujeme za samozřejmost.

Každá sestra by měla být při vykonávání ošetrovatelské péče vlídná, empatická a trpělivá. Měla by si vytvořit s pacientem kladný vztah, získat jeho důvěru, neustále s ním komunikovat, být mu neustálou psychickou oporou, zajistit mu psychickou pohodu a dle svých kompetencí poskytnout dostatek informací. Rovněž by měla pacienta motivovat a povzbuzovat k aktivitě, dopřát mu při realizaci dostatek času a poskytnout mu pochvalu.

S ohledem na bezpečnost pacienta je kladen důraz na neustálou a pravidelnou pohybovou aktivitu pacienta, rehabilitace je proto neodmyslitelnou součástí komplexní péče o tyto pacienty.

Vhodné je používání různých pomůcek, které ulehčují pohybovou aktivitu či běžné denní aktivity.

Do péče o tyto pacienty by měla být zapojena i rodina

ZÁVĚR

Předmětem bakalářské práce byla problematika Parkinsonovy nemoci.

Cílem teoretické části bylo shrnutí všeobecných poznatků týkajících se historie, výskytu, příčinách vzniku, klinického obrazu, možnostech diagnostiky a léčby Parkinsonovy nemoci, včetně specifik ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

V praktické části jsme na kazuistickém příkladu demonstrovali ošetrovatelský proces u pacientky s Parkinsonovou nemocí. Působením komplexní péče, především farmakoterapie, rehabilitace a v neposlední řadě i ošetrovatelské péče došlo ke zmírnění třesu, zlepšení sebepéče o sebe sama, pacientka byla sama schopna chůze s pomůckami a došlo i ke zmírnění strachu pacientky.

Jak jsme se již zmínili, je PN nemocí nevléčitelnou a velmi významně ovlivňuje kvalitu života a to nejen pacientova, ale i jeho rodiny a příbuzných. Z tohoto hlediska je tedy velmi důležité, aby do péče o pacienta s PN byla zapojena i rodina, která má na pacienta téměř vždy pozitivní vliv a má-li pacient s tímto onemocněním kolem sebe blízké osoby, bude se s tímto onemocněním vyrovnávat a sžívat snadněji.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AARSLAND, Dag, Jeffrey CUMMINGS, Daniel WEINTRAUB a K. Ray CHAUDHURI, 2013. Neuropsychiatric and cognitive changes in Parkinson's disease and related movement disorders: diagnosis and management. Cambridge: Cambridge University Press. 307 s. ISBN 978-1-107-03922-3.
- BALÁŽ, Marek, 2011. Nová MDS-UPDRS škála v kvantifikaci příznaků Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 12(Supplementum G), 16. ISSN 1213-1814.
- BALÁŽ, Marek a Ivan REKTOR, 2009. Chirurgická terapie extrapyramidových onemocnění. *Neurologie pro praxi*. 10(6), 348–352. ISSN: 1213-1814.
- BAREŠ, Martin, 2008. Pozdní hybné komplikace Parkinsonovy nemoci – wearing-off a další motorické fluktuace. *Neurologie pro praxi*. 9(2), 98-99. ISSN 1213-1814.
- BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER, Evžen RŮŽIČKA a kol., 2010. *Klinická neurologie - část speciální*. Praha: Triton. 1430 s. ISBN: 978-80-738-7389-9.
- BENETÍN, Ján a Peter VALKOVIČ, 2009. *Parkinsonova choroba*. 1.vyd. Bratislava: Herba. 224 s. ISBN 978-80-89171-65-1.
- BOČKOVÁ, Martina, 2011. Nemotorické škály u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 12(Supplementum G), 28-31. ISSN 1213-1814.
- BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba: Rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. 160 s. ISBN: 978-80-2620-155-7.
- DOSTÁL, Václav a Ema CHVÍSTKOVÁ, 2010. *Výživa u Parkinsonovy choroby*. 1. Vyd. Praha: Mladá fronta- medical services. 52 s. ISBN: 978-80-204-2362-7.
- DUŠEK, Petr, 2013. Poruchy spánku u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 14(6), 305–308. ISSN 1213-1814.
- FANFRLOVÁ, Zuzana, 2005. Role neuropsychologického vyšetření v rámci péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí léčených metodou hluboké mozkové stimulace. *Neurologie pro praxi*. 6(4), ISSN 1213-1814.
- HALADOVÁ, Eva, 2007. *Léčebná tělesná výchova*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN: 978-80-7013-460-3.

- HALMO, Renata, 2015. Sebevěče v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-4811-5.
- CHAUDHURI, K. Ray, Eduardo TOLOSA, Anthony H. V. SCHAPIRA a Werner POEWE, 2014. Non-Motor Symptoms of Parkinson's Disease. Oxford: Oxford University Press. 2nd edition. 512 s. ISBN 978-0-19968424-3.
- JANKOVIC, J. a Eduardo TOLOSA, 2007. Parkinson's Disease and Movement Disorders. 5. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 720 s. ISBN 13: 978-0-7817-7881-7.
- JEDLIČKA, Pavel, Otakar KELLER et al., 2005. Speciální neurologie. 1. vyd. Praha: koedice Galén a Karolinum, ISBN 80-7262-312-5 (Galén), 424 s. ISBN 80-246-1079-5 (Karolinum).
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol., 2009. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada. 176 s. ISBN: 978-80-247-2454-6.
- MAGEROVÁ, Hana, Jan LACZÓ, Martin VYHNÁLEK, Jakub HORT, Martin BOJAR, 2008. Vyšetření čichu a jeho význam pro diagnostiku neurodegenerativních onemocnění. Neurologie pro praxi. 9(1), 30-32. ISSN 1213-1814.
- KAŇOVSKÝ, Petr, Igor NESTRAŠIL, Martin NEVRLÝ a Pavel RESSNER, 2006. Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci. Neurologie pro praxi. 7(2), 108-110. ISSN: 1213-1814.
- KOLÁŘ, Pavel et al., 2009. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KŘIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada. 368 s. ISBN: 978-80-247-2699-1.
- MENŠÍKOVÁ, Kateřina, Petr KAŇOVSKÝ a Petr HLUŠTÍK, 2013. James Parkinson a jeho doba (k výročí narození Jamese Parkinsona, 11. dubna 1755). Neurologie pro praxi. 14(2), 111-114. ISSN 1213-1814.
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA, Jiří TICHÝ a kol., 2005. Neurologie. 1. Vyd. Praha: karolinum. ISBN: 978-80-2460-502-3.
- PFEIFFER, Jan, 2006. Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi. Praha: Grada. 352 s. ISBN:978-80-247-1135-5.

- REKTOR, Ivan, 2009. Léčba Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 10(6), 340–346. ISSN: 1213-1814.
- REKTOROVÁ, Irena, 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton. 192 s. ISBN: 978-80-7387-017-1.
- REKTOROVÁ, Irena, 2009. Současné možnosti diagnostiky a terapie Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 10(2), 5-36. ISSN 1213-1814.
- REKTOROVÁ, Irena, 2011. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi*, 12 (Supplementum G). ISSN 1213-1814.
- ROTH, Jan, 2006. Monogenně podmíněné formy Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 8(3), 159-161. ISSN 1213-1814.
- ROTH, Jan a Petra HAVRÁNKOVÁ, 2008. Vztah motorických a non-motorických symptomů Parkinsonovy nemoci k dopaminergní terapii: Část první. *Neurologie pro praxi*. 9(1), 35-38. ISSN 1213-1814.
- ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ, Evžen RŮŽIČKA a kol., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4 přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3.
- SAMPAIO, C. G. GOETZ a A. SCHRAG, 2012. *Rating Scales in Parkinson's Disease: Clinical Practice and Research*. Oxford: Oxford University Press. 328 s. ISBN 978-0-19-978310-6.
- SLEZÁKOVÁ Zuzana, 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-4868-9.
- ŠTOCHL, Jan, 2008. *Structure of Motor Symptom 's of Parkinson's Disease*. Praha: Karolinum. 328 s. ISBN: 978-80-2461-403-8.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3. Vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN: 978-80-7013-553-2.
- VALKOVIČ, Peter, 2009. Posturálna instabilita u pacientov s Parkinsonovou chorobou a jej liečba. *Neurologie pro praxi*. 10(6), 363-368. ISSN 1213-1814.

Internetové zdroje:

ČEŠKOVÁ, Eva, 2010. Farmakoterapie hospitalizovaných depresí. Psychiatrie pro praxi [online]. 11 (3), 103–106 [cit. 2010-07-06]. ISSN - 1803-5272. Dostupné z:

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/04.pdf>

DEVOS, D., M. TIR, C. A. MAURAGE, N. WAUCQUIER, L. DEFEBVRE, S. DEFOORT-DHELLEMMES a A. DESTÉE, 2005. ERG and anatomical abnormalities suggesting retinopathy in dementia with Lewy bodies. Neurology[online]. 65(7) 1107 – 1110 [cit. 2005-10-11]. ISSN 1526-632X. Dostupné z:

http://www.metrovision.fr/pdf/2005_devos.pdf

GESCHEIDT, Tomáš a Martin BAREŠ, 2011 Impulse Control Disorders in patients with Parkinson's Disease. Acta Neurologica Belgica[online]. 111(1), 3-9[cit. 2011-08-03]. ISSN 0300-9009. Dostupné z:

<http://www.actaneurologica.be/acta/download/2011-1/01-Gescheidt%20et%20al.pdf>

HOSKOVCOVÁ, Martina, 2010. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. Parkinson: časopis Společnosti Parkinson [online]. 2010, 14(32), 2-4 [cit. 2010-12-06]. ISSN 1212-0189.

Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/000131.pdf>

KAISEROVÁ, Michaela, Jaroslav OPAVSKÝ, J. J. MAERTIN, D. J. GAUL, Martin BAREŠ, Marek BALÁŽ, J. ROTH a P. KAŇOVSKÝ, 2014. Česká verze Autonomic Scale for Outcomes in Parkinson's Disease (CSOPA-AUT) - dotazníku k hodnocení přítomnosti a závažnosti příznaků autonomních dysfunkcí u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie [online]. 77(1), 96-99. ISSN 1210-7859. Dostupné z:

<http://www.csn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/ceska-verze-autonomic-scale-for-outcomes-in-parkinson-s-disease-scopa-aut-dotazniku-k-hodnoceni-pritom-47218>

de LAU, L. M. a M. M. BRETILER, 2006. Epidemiology of Parkinson's disease. The Lancet Neurology [online]. 5(6), 525-535 [cit. 2006-06-16]. ISSN 1474-4465. Dostupné z: [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(06\)70471-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(06)70471-9/fulltext)

REKTOROVÁ, Irena, 2005. Parkinsonova nemoc, antiparkinsonika a kognitivní funkce. Remedia [online]. 15(6), 528 – 533 [cit. 2005-12-15]. ISSN 0862-8947.

Dostupné z:

<http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2005/6-2005/Parkinsonova-nemoc-antiparkinsonika-a-kognitivni-funkce/e-9n-9O-bp.magarticle.aspx>

REKTOROVÁ, IRENA, 2008. Demence u Parkinsonovy nemoci. Česká geriatrická revue[online]. 6(4): 214-219 [cit. 2008-11-11]. ISSN:1801–8661. Dostupné z:

http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_08_04_02.pdf

ROTH, Jan a Petr DUŠEK, 2006. Současné strategie léčby Parkinsonovy nemoci. Remedia [online]. 16(4), 382-387 [cit. 2006-08-15]. ISSN 0862-8947.

Dostupné z:

<http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2006/4-2006/Soucasna-strategie-lecby-Parkinsonovy-nemoci/e-9o-9S-gt.magarticle.aspx>

RŮŽIČKA, Evžen a Jan ROTH, 2006. Parkinsonova nemoc. Postgraduální medicína [online]. 8(5), 507-513 [cit. 2006-10-5]. ISSN 1212-4184. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/parkinsonova-nemoc-271473>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A James Parkinson	I
PŘÍLOHA B Uložení BG na řezu mozku.....	II
PŘÍLOHA C Stádia Parkinsonovi nemoci dle Braaka	III
PŘÍLOHA D Charakteristické porušené flekční držení končetin, trupu a šíje s ovlivněním postoje.....	IV
PŘÍLOHA E Varovné klinické známky vylučující Parkinsonovu nemoc.....	V
PŘÍLOHA F Kontinuální podávání L-Dopy pumpou přímo do tenkého střeva.....	VI
PŘÍLOHA G Chirurgická léčba Parkinsonovi nemoci- vložení neurostimulační elektrody do mozku	VII
PŘÍLOHA H Barthelové test základních všedních činností.....	VIII
PŘÍLOHA I MMSE	IX
PŘÍLOHA J Riziko pádu	XI
PŘÍLOHA K Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí.....	XII
PŘÍLOHA L Čestné prohlášení	XIII
PŘÍLOHA M Rešerše	XIV

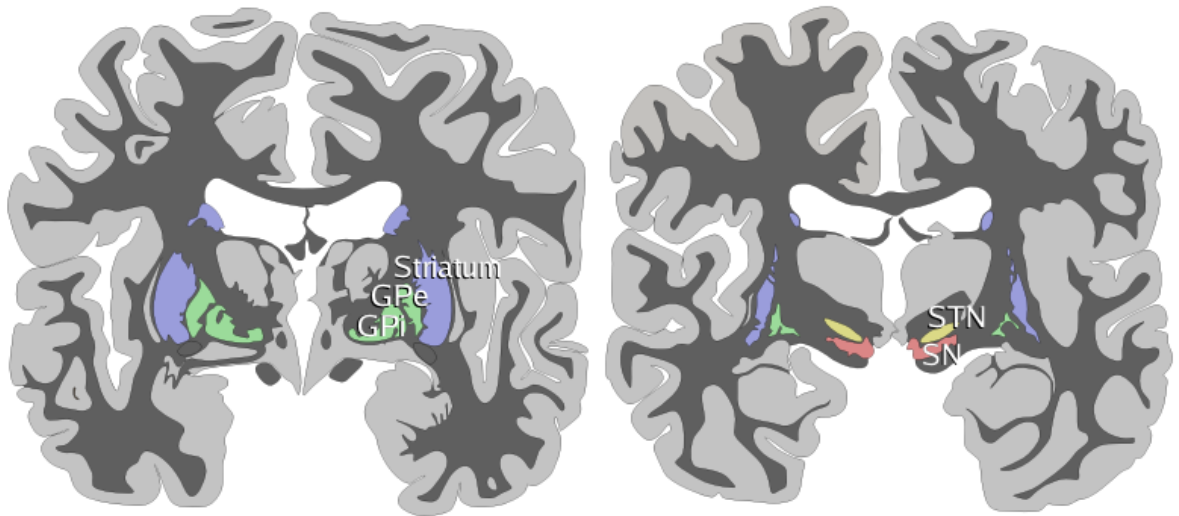
PŘÍLOHA A James Parkinson



Zdroj:

<http://www.pharmaceutical-journal.com/opinion/blogs/james-parkinson-and-the-shaking-palsy/20067303.blog>

PŘÍLOHA B Uložení BG na řezu mozku

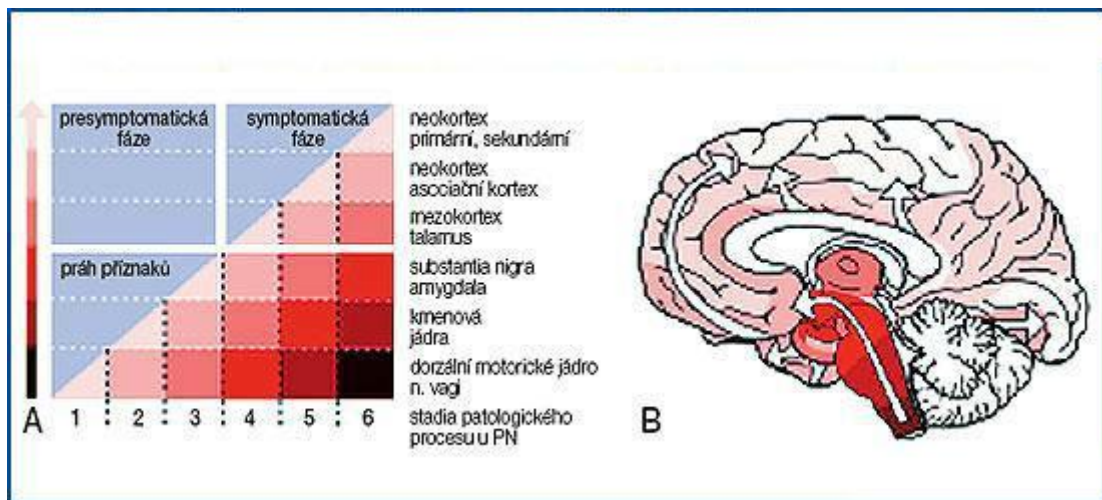


Popis: Striatum - modře. Globus pallidus - zeleně. Nc. subthalamicus - žlutě. Substantia nigra - červeně

Zdroj:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Baz%C3%A1ln%C3%AD_ganglia#/media/File:Basal-ganglia-coronal-sections-large.png

PŘÍLOHA C Stádia Parkinsonovi nemoci dle Braaka



Zdroj:

RŮŽIČKA, Evžen a Jan ROTH, 2006. Parkinsonova nemoc. Postgraduální medicína [online]. 8(5), 507-513 [cit. 2006-10-5]. ISSN 1212-4184. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/parkinsonova-nemoc-271473>

PŘÍLOHA D Charakteristické porušené flekční držení končetin, trupu a šíje s ovlivněním postoje



Zdroj:

[http://en.wikipedia.org/wiki/Signs_and_symptoms_of_Parkinson's_disease#/media/File:Paralysis_agitans_\(1907,_after_St._Leger\).png](http://en.wikipedia.org/wiki/Signs_and_symptoms_of_Parkinson's_disease#/media/File:Paralysis_agitans_(1907,_after_St._Leger).png)

PŘÍLOHA E Varovné klinické známky vylučující Parkinsonovu nemoc

Opakované CMP v anamnéze
Opakovaná traumata hlavy v anamnéze
Encefalitida v anamnéze
Pády již v počátku nemoci
výhradně jednostranná symptomatika po 3 letech
Izolované postižení dolních končetin
Upoutání na lůžko či vozík v časnějších fázích onemocnění
Déle trvající remise
Stav nezlepšen po L-DOPA
Užívání neuroleptik v anamnéze
Vysoký výskyt obdobných obtíží v příbuzenstvu
Časná demence s poruchami paměti, řeči a apraxií
Časný výskyt vegetativních poruch
Mozečková symptomatologie
Postižení kortikospinálních traktů
Hydrocefalus, tumor mozku dle CT
Okulogyrní krize
Pseudobulbární syndrom
Narkománie

Zdroj:

REKTOROVÁ, Irena, 2005. Parkinsonova nemoc, antiparkinsonika a kognitivní funkce. Remedia [online]. 15(6), 528 – 533 [cit. 2005-12-15]. ISSN 0862-8947.

Dostupné z:

<http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2005/6-2005/Parkinsonova-nemoc-antiparkinsonika-a-kognitivni-funkce/e-9n-9O-bp.magarticle.aspx>

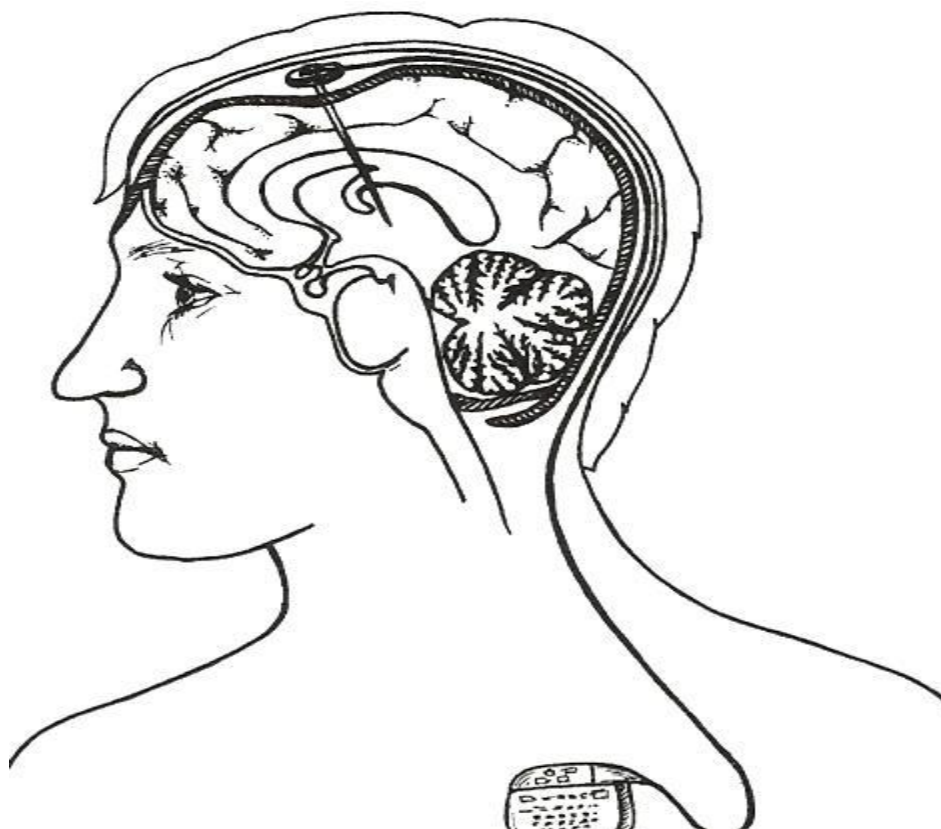
PŘÍLOHA F Kontinuální podávání L-Dopy pumpou přímo do tenkého střeva



Zdroj:

<http://forum.parkinson.org/index.php?/topic/12496-parkinsons-pump-offers-steady-relief/>

**PŘÍLOHA G Chirurgická léčba Parkinsonovi nemoci- vložení
neurostimulační elektrody do mozku**



Zdroj:

<http://www.aafp.org/afp/1999/0315/p1565.html>

PŘÍLOHA H Barthelové test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení, napití	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko – židle	S malou pomocí	10
Chůze po rovině	S pomocí 50 m	10
Chůze po schodech	Neprovede	0

Hodnocení: 65 bodů (lehká závislost)

Zdroj:

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

PŘÍLOHA I MMSE

Oblast hodnocení	Maximální skóre
<p>1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? 0 - Které je roční období? 1 - Můžete mi říci dnešní datum? 0 - Který je den týdnu? 1 - Který je teď měsíc? 1 - Ve kterém jsme státě? 1 - Ve které jsme zemi? 1 - Ve kterém jsme městě? 1 - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) 1 - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 1 	
<p>2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta - například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	2
<p>3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	3
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	1
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) 2</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ 1</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“ . 1</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a</p>	

přísudek, která dává smysl). Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec, podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník	0 0
--	--------------------

Hodnocení: 21 bodů (lehká kognitivní porucha)

Zdroj:

<http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

PŘÍLOHA J Riziko pádu

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Pohyb	Potřebuje pomoc k pohybu	1
Vyprazdňování	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Užívá rizikové léky	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
Mentální stav	Částečně orientovaná	0
Věk	75 a více let	1

Zhodnocení: 4 body (ohrožena rizikem pádu)

Zdroj:

<http://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

PŘÍLOHA K Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Otevření očí	Spontánně	4
Slovní odpověď	Adekvátní slovní projev	5
Pohybová aktivita	Na výzvu adekvátní motorická reakce	6

Hodnocení: 15 bodů (plně při vědomí)

Zdroj:

<http://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

PŘÍLOHA L Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/ podklady pro praktickou část bakalářské práce pod názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí s ústním souhlasem zúčastněné osoby. Zúčastněná osoba byla zároveň informována o dodržení zákonné mlčenlivosti o skutečnostech, které jsme se při zpracování údajů/ podkladů dozvěděli.

V Praze dne 30.1.2015

Jméno a příjmení studenta

PŘÍLOHA M Rešerše

VĚDECKÁ KNIVOVNA V OLOMOUCI
779 11 OLOMOUČ, Bezručova 2
Tel. 585 223 441

Vědecká knihovna v Olomouci
Bezručova 2, 771 99 Olomouc
Informační služba: is@vkol.cz

Téma: Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí
Klíčová slova: Parkinsonova nemoc, ošetrovatelský proces, pacient, sestra
Časové vymezení: 2001-2014
Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština
Druhy dokumentů: knihy, články, stati
Prohledávané zdroje: Národní lékařská knihovna, Národní knihovna Praha, EBSCO

AARSLAND, Dag, ed. et al. *Neuropsychiatric and cognitive changes in Parkinson's disease and related movement disorders: diagnosis and management*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013. xi, 298 s. Cambridge medicine. ISBN 978-1-107-03922-3.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003, 99 s. ISBN 80-862-2533-X.

BALÁŽ, Marek. Hluboká mozková stimulace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 5, s. 229-231. ISSN: 1213-1814.

BAREŠ, Martin — KIANIČKA, Bohuslav. Léčba Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 2, s. 105-108. ISSN: 1213-1814.

BAREŠ, Martin. Paliativní péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 13-15. ISSN: 1213-1814.

BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 28-30. ISSN: 1210-0404.

BONNET, Anne-Marie a HERGUETA, Thierry. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 159 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0155-7.

BRÄUEROVÁ, Šárka — SOJKOVÁ, Klára. Ošetrování klienta s Parkinsonovou chorobou: příspěvek byl přednesen na kongresu XX. české a slovenské dny mladých neurologů - XI. dny mladých neurologů Moravskoslezského kraje - VII. obnovené moravsko-slovenské dny, 2005. zazněl také na konferenci Cesta k modernímu ošetrovatelství VII, 2005. *Florence*. 2006, Roč. 2, č. 3, s. 26-27. ISSN: 1801-464X.

DĚDINA, M. — KLENEROVÁ, Věra — HYNIE, Sixtus. Demence podmíněné degenerativními onemocněními a farmakoterapeutické možnosti léčby Alzheimerovy choroby. *Praktický lékař*. 2001, Roč. 81, č. 12, s. 678-683. ISSN: 0032-6739.

DOSTÁL, Václav a CHVÍSTKOVÁ, Ema. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 50 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2362-7.

DUŠEK, Petr a kol. *Parkinsonova nemoc z různých pohledů*. V Praze: Společnost Parkinson, 2013. 124 s. ISBN 978-80-260-4860-2.

FIALA, Jindřich. Demence v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař*. 2009, roč. 89, č. 9, s. 488-493. ISSN: 0032-6739.

GAUTHIER, Serge, BALLARD, Clive a LOVESTONE, Simon. *Management of dementia*. 2nd ed. New York: Informa Healthcare, ©2009. iv, 164 p. ISBN 978-1-84184-672-9.

HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči I: věnováno nemocným odkázaným na pomoc druhých, jejich ošetřovatelům a rodinám: zvláště pak nemocným Parkinsonovou chorobou, lidem po cévní mozkové příhodě a lidem s roztroušenou sklerózou*. Javorník : Miroslava Halová - MAJ.ZJ. c2007. ISBN: 978-80-239-7316-7.

HOJDAROVÁ, Mira — VINŠOVÁ, Jana — DUŠEK, Petr. Možnosti farmaceutické péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou. *Praktické lékařství*. 2013, roč. 9, č. 1, s. 13-15. ISSN: 1801-2434.

HUDEČEK, Daniel — SHEARDOVÁ, Kateřina — HORT, Jakub. Demence v klinické praxi v roce 2011. *Postgraduální medicína*. 2012, roč. 14, č. 1, s. 100-107. ISSN: 1212-4184.

JANDEROVÁ, Hana — EHLER, Edvard. Posturální instabilita a její komplikace u nemocných s Parkinsonovou chorobou. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2012, roč. 8, č. 1, s. 36-37. ISSN: 1801-1349.

JÍLKOVÁ, Jana. Život s Parkinsonem. *Zdravotnické noviny*. 2013, roč. 62, č. 9, s. 20. ISSN: 1805-2355.

KAISEROVÁ, Michaela — OPAVSKÝ, Jaroslav — MAERTIN, J. J., et al. Česká verze Autonomic Scale for Outcomes in Parkinson's Disease (SCOPA-AUT) – dotazníku k hodnocení přítomnosti a závažnosti příznaků autonomních dysfunkcí u pacientů s Parkinsonovou nemocí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2014, roč. 77, č. 1, s. 96-99. ISSN: 1210-7859.

KANTORKOVÁ, Marie. Demence - vývojová stadia a doporučení. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 2, s. 71-74. ISSN: 1210-0404.

KLÁN, Jan. Demence - závažný medicínský problém stárnoucí populace. *Practicus*. 2011, roč. 10, č. 5, s. 18-21. ISSN: 1213-8711.

KLEMPÍŘ, Jiří. *Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 46 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2834-9.

KROMBHOLZ, Richard. Současný pohled na léčbu nejčastějších demencí. *Practicus*. 2013, roč. 12, č. 7, s. 11-16. ISSN: 1213-8711.

KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

MACHÁČKOVÁ, Dagmar — KOTTOVÁ, Marie. Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují individuální péči. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 35-36. ISSN: 1210-0404.

MATĚJ, Radoslav — RUSINA, Robert. Neurodegenerativní onemocnění. *Lékařské listy*. 2013, roč. 2013, č. 10 (Pneumologie), s. 6-8.

MCGRAW, Samantha M., Donald L. HOOVER a Matthew P. SHIREY. Exercise Guidelines for Patients With Parkinson's Disease: An Overview for the Home Health Care Professional. *Home Health Care Management* [online]. 2014, vol. 26, issue 3, s. 167-174 [cit. 2014-10-03]. ISSN:1084-8223.DOI: 10.1177/1084822313514977.

PÁNEK, David — TUPÁ, V. — PAVLŮ, Dagmar — ČEMUSOVÁ, Jitka. Využití tance v rehabilitační léčbě pacientů s Parkinsonovou nemocí. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2013, roč. 20, č. 1, s. 28-34. ISSN: 1211-2658.

PATARÁK, Michal. Psychóza spojená s Parkinsonovou chorobou. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2014, roč. 110, č. 4, s. 210-214. ISSN: 1212-0383.

PFEIFFER, Ronald F., ed., WSZOLEK, Zbigniew K., ed. a EBADI, Manuchair S., ed. *Parkinson's disease*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, ©2013. xxix, 1278 s., [24] s. barev. obr. příl. ISBN 978-1-4398-0714-9.

POLIAKOVÁ, Nikoleta — ČERVENÁNOVÁ, Eva. Využití kazuistiky vo výuce neurologického ošetrovatelstva [[elektronický zdroj]]. In: *Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství*. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 2012, s. 45-49. ISBN: 978-80-87347-12-6.

PURŠOVÁ, Martina a ROTH, Jan. *Parkinsonova nemoc: komplexní fyzioterapeutický pohled*. Praha: Novartis, [2011]. 53 s.

REKTOR, Ivan. Terapie Parkinsonovy nemoci. *Lékařské listy*. 2013, roč. 2013, č. 10 (Pneumologie), s. 8-11.

ROTH, Jan a kol. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, ©2009. 222 s. Medica. ISBN 978-80-7345-178-3.

SKALA-ROSENBAUM, Romana. Můj život s „Parkinsonem“. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 11, s. 4-5. ISSN: 1801-464X.

SLEEMAN, Katherine E, Yuen K HO, Julia VERNE, Myer GLICKMAN, Eli SILBER, Wei GAO a Irene J HIGGINSON. Place of death, and its relation with underlying cause of death, in Parkinson's disease, motor neurone disease, and multiple sclerosis: A population-based study. *Palliative Medicine* [online]. 2013, vol. 27, issue 9, s. 840-846 [cit. 2014-10-03]. ISSN:0269-2163.DOI: 10.1177/0269216313490436.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

TUPÁ, V. — PÁNEK, David — PAVLŮ, Dagmar. Alternativní terapeutické postupy u pacientů s Parkinsonovou nemocí. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2013, roč. 20, č. 1, s. 35-42. ISSN: 1211-2658.

UHLÍŘ, Petr — BETLACHOVÁ, Milada — DVOŘÁK, Radmil. Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí. 3. část, 3. pokračování. Parkinsonova nemoc, mozečkové ataxie, amyotrofická laterální skleróza, poliomyelitis acuta anterior. Nejdůležitější neurologické diagnózy z pohledu rehabilitace. *Medicina pro praxi*. 2014, roč. 11, č. 1, s. 40-43. ISSN: 1214-8687.

VANÁŠKOVÁ, Eva — BEDNÁŘ, Michal. Testování kvality života v neurorehabilitaci. *Rehabilitácia*. 2013, roč. 50, č. 1, s. 7-11. ISSN: 0375-0922.

VANÁŠKOVÁ, Eva — BEDNÁŘ, Michal. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 3, s. 133-135. ISSN: 1213-1814.

VOLŠICKÁ, Jiřina. Canisterapie u seniorů s Parkinsonovou nemocí. *Kontakt*. 2008, roč. 10, Suppl. 2, s. 44-45. ISSN: 1212-4117.

VOSSIUS, C., O. B. NILSEN a J. P. LARSEN. Parkinson's disease and nursing home placement: the economic impact of the need for care. *European Journal of Neurology* [online]. 2009, vol. 16, issue 2, s. 194-200 [cit. 2014-10-03]. ISSN:1351-5101.DOI: 10.1111/j.1468-1331.2008.02380.x.