

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA POLÁŠKOVÁ, DiS.

Praha 2015

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA POLÁŠKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Praha 2015



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

Polášková Zuzana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

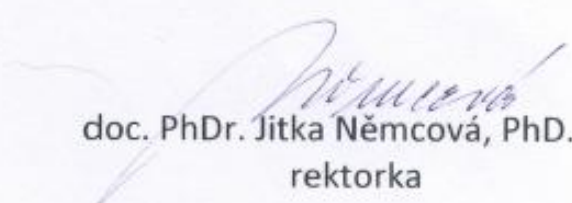
Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou

The Nursing Process in a Patient with Parkinson's Disease

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kubicová

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

V Praze dne: 30. 10. 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 30. 5. 2015

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Miroslavě Kubicové, za odborné vedení, trpělivost, ochotu a v neposlední řadě za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování této práce.

V Praze dne 30. 5. 2015

.....

podpis

ABSTRAKT

POLÁŠKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou*.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).
Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová. Praha. 2015. 78 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou a léčba tohoto onemocnění. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části je zpracována základní charakteristika onemocnění, příznaky, diagnostika, vyšetřovací metody, farmakologická i nefarmakologická léčba a specifika ošetrovatelské péče.

V praktické části je rozpracován ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Klíčová slova:

Hypokineze. Ošetrovatelský proces. Parkinsonova choroba. Rigidita. Tremor.

ABSTRACT

POLÁŠKOVÁ Zuzana. *Nursing Process for Patients with Parkinson's Disease*. College of Nursing, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Miroslava Kubicová. Prague. 2015. 78 p.

The topic of the thesis is a nursing process for patients with Parkinson's disease and treatment of this disease. The work is divided into two parts – theoretical and practical.

The theoretical part deals with the basic characteristics of the disease, symptoms, diagnosis, treatment, pharmacological and non-pharmacological therapy and specifics of nursing care.

In the practical part is composed the nursing process with the patient with Parkinson's disease.

Keywords:

Hypokinesia. Nursing process. Parkinson's disease. Rigidity. Tremor.

PŘEDMLUVA

Mozek je jedinečný orgán. Skýtá tajemství celé lidské podstaty a je posledním orgánem, který dělí náš život od smrti. Teprve konec mozkové aktivity znamená konec života. Mozek z nás dělá to, kým jsme. Jeho zranění, nemoc či stáří může silně ovlivnit naši povahu, jednání, vnímání okolí a veškeré počínání.

Onemocnění mozku a nervové soustavy jsou často velmi vážná, progresivní a mnohdy bohužel také nevléčitelná. Příznaky onemocnění mozku a nervové soustavy nepostihují jen fyzickou stránku člověka, ale běžně ovlivňují i jeho psychiku a mění jeho osobnost.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou. Jde o onemocnění, které souvisí s úbytkem mozkových buněk a nedostatkem tvorby dopaminu, což má za následek nedostatečnou komunikaci mezi jednotlivými orgány. Nemoc se projevuje ztrátou schopnosti koordinovat pohyb, klidovým třesem a celkovou ztuhlostí.

Pracuji na neurologickém oddělení, kde se s Parkinsonovou chorobou setkávám poměrně často. Nejde sice o nejfrekventovanější diagnózu – tou je u nás bezesporu cévní mozková příhoda – zato se v souvislosti s tímto onemocněním často setkávám s velmi zajímavými životními příběhy.

Materiál ke zpracování práce jsem získala z nemocniční knihovny Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, Městské knihovny v Otrokovicích, z internetu a z dokumentace používané v nemocnici KNTB Zlín a.s. Důležitou součástí mé práce byla ošetrovatelská péče u pacienta s diagnózou Parkinsonova choroba, podle kterého jsem zpracovala ošetrovatelský proces a také kontakt a komunikace s ním a jeho rodinou.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Miroslavě Kubicové a staniční sestře neurologického oddělení Mgr. Petře Topičové za cenné rady a odbornou pomoc při psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	12
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 HISTORIE PARKINSONOVY CHOROBY	15
1.2 MECHANISMUS VZNIKU ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.3 PREVALENCE, INCIDENCE A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ.....	17
1.4 ETIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	18
1.5 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ.....	19
1.5.1 PARKINSONSKÁ TRIÁDA.....	20
1.5.2 PARKINSONSKÝ SYNDROM	22
1.5.3 PSYCHICKÉ PORUCHY JAKO PŘÍZNAKY PARKINSONOVY CHOROBY	22
1.5.4 FÁZE PARKINSONOVY CHOROBY	24
1.6 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	25
1.7 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY.....	25
1.7.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	26
1.7.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	27
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU.....	29
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	34
4 SPECIFICKÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU.....	36
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
ZÁVĚR.....	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM PŘÍLOH	70

Seznam zkratek

BMI	body mass index
CRP	c-reaktivní protein
CT.....	počítačová tomografie
EEG	encefalografie
EKG	elektrokardiografie
GIT	gastrointestinální trakt
INR	quickův test
KNTB a.s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, a.s.
MR	magnetická rezonance
NA	sodík
PCH.....	Parkinsonova choroba
PŽK	periferní žilní kanyl
RTG	rentgenové vyšetření
tbl	tableta
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

Seznam odborných výrazů

Akineze – ztráta hybnosti

Antihypertenzivum – léky proti vysokému krevnímu tlaku

Dopamin – přenašeč nervových vzruchů

Dopaminergní buňka – nervová buňka produkující dopamin

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypokineze – snížená hybnost

Hypomimie – snížení mimiky

Inhibiční účinek – nepřevedení vzruchu

Insuficience – nedostatečnost

Levodopa – první lék na Parkinsonovu chorobu

Mikrografie – minimalistické písmo

Neurologie – lékařský obor zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění mozku a nervové soustavy

Neuron – nervová buňka

Neurotransmitter – přenašeč vzruchů

Permanentní – trvalé

Rigidita - ztuhlost

Senzibilita – zvýšená citlivost

Subjektivní – osobní hledisko

Synapse – spojení dvou neuronů

Tremor – třes

Turgor – napětí

ÚVOD

Onemocnění mozku a nervové soustavy už ze své podstaty naznačuje vážné porušení fyzických i psychických funkcí lidského organismu. Parkinsonova choroba patří k tak zvaným neurodegenerativním onemocněním nervové soustavy, které často velmi silně ovlivňují kvalitu života pacientů. Na rozdíl od mnoha dalších onemocnění zde nemůžeme účinně provádět preventivní opatření, nemoc velmi často souvisí s pokročilým věkem pacientů.

Parkinsonovu chorobu není dosud možné vyléčit, ovšem díky kvalitní lékařské a ošetrovatelské péči, farmaceutické i nefarmaceutické terapii je možné zpomalit její progresi a prodloužit uspokojivou kvalitu života pacientů.

V České republice trpí Parkinsonovou chorobou asi 16 000 osob. Výskyt onemocnění se však zvyšuje s rostoucím věkem populace. Mezi lidmi okolo 65 let věku se již výskyt nemoci pohybuje v rozmezí 1-2 % populace. Na celém světě je Parkinsonovou chorobou postiženo asi 4,5 miliónů osob. Mezi nemocnými nepatrně převyšují muži. Nejčastěji nemoc vzniká kolem 50. – 60. roku života, ale není výjimkou výskyt před 40. rokem či po 70. roce života (EXPY.CZ), (PARKINSON-HELP.CZ).

Cílem bakalářské práce je z dostupných zdrojů zpracovat problematiku Parkinsonovy choroby. V teoretické části jsou nastíněny základní obrysy tohoto onemocnění, jeho diagnostika, léčba a progresse. Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

V neposlední řadě je cílem práce také přiblížení problematiky tohoto onemocnění nemocným, laické veřejnosti a zdravotnickým pracovníkům.

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Parkinsonova choroba je vážné onemocnění nervové soustavy, jehož průběh je chronické a zároveň progresivní povahy a nese s sebou degenerativní změny nervové soustavy. Je to nemoc nevyléčitelná a lidé postižení touto nemocí postupně ztrácejí schopnost postarat se o sebe sama. Stávají se nesoběstačnými a nejdříve částečně, později plně závislími na svých blízkých a ošetřovatelském personálu. Parkinsonova choroba má invalidizující charakter, patří do skupiny onemocnění, pro které jsou typické motorické systémové poruchy (PARKINSON-HELP.CZ, 2014).

Mezi klasické projevy Parkinsonovy choroby patří tři zásadní příznaky, které jsou často označovány jako tzv. „parkinsonská triáda“. Jde o bradykinezi – zpomalení a snížení pohybů – až akinezi – nepohyblivost, dále klidový třes – tremor a v neposlední řadě svalovou ztuhlost – rigiditu (BONNET, 2012).

Klidový třes je pacienty zaznamenáván, především nejsou-li končetiny zaměstnány, zvyšuje se při emocionálním vypětí a při spánku mizí (VOKURKA, 2014).

Mluvíme-li o klasických příznacích Parkinsonovy choroby, je na místě zmínit i pojem hypokinetický syndrom – tzv. *parkinsonismus*. *Parkinsonismus* je syndrom zahrnující následující projevy: hypomimie, flexe trupu, zpomalení volných pohybů a porucha chůze. Změna pohybu – přechod z klidu do pohybu a pohyb vpřed je pro pacienta velmi obtížný, téměř nemožné je pro něj vykonat tyto dva pohyby zároveň (VOKURKA, 2014).

Právě hypokineze je faktor, který nutí postiženého touto chorobou zaujmout postoj mírně sehnutý s lehce pokrčenými horními i dolními končetinami – typické držení těla parkinsonika (SILBERNAGL, 2012).

K těmto typickým příznakům se postupně začaly přidávat další, které původně lékaři nepovažovali za poruchy související s Parkinsonovou chorobou. Ke zmíněnému problému se vyjádřil docent Jan Roth v článku *Pohled na Parkinsonovu nemoc dostal v posledních letech nový směr* takto:

Postupem času jsme ale zjistili, že pacienti mají i další příznaky, které s hybností nemají nic společného. Považovali jsme to za náhodné projevy, za vedlejší účinky léčby,

za vliv ostatních chorob – relativně nedávno jsme si ale uvědomili, že i to je Parkinsonova choroba. Nedostatek dopaminu a projevy s tím spojené, to je jen část příběhu, ta druhá se týká autonomních nervů, poruch spánku a bdění, celé řady psychiatrických poruch, tedy okruhů, které s nedostatkem dopaminu nespojují. V souvislosti s tím jsme si uvědomili, jak limitováni jsme v léčbě. Celé snažení, výzkum, jsme upřeli ke snaze dodat mozku dopamin, který mu chybí, ale teď víme, že to není všechno. To je úkolem 21. století – zabývat se těmi „nedopaminovými“ projevy (VYŠÍNOVÁ, ordinace.cz/clanek/docent-jan-roth-pohled-na-parkinsonovu-nemoc-dostal-v-poslednich-letech-novy-smer/, 23.5.2012).

Konkrétní projevy nemoci jsou tedy patrné na celém těle, přičemž jsou u tohoto onemocnění kognitivní funkce zachovány poměrně dlouhou dobu. Pacient si tedy plně uvědomuje zhoršování svého zdravotního stavu a ztrátu soběstačnosti, což ještě prohlubuje psychické strádání.

V obličeji nemocných postupně ustrne mimika, dotýčný působí, jako by měl nasazenou masku. Mluva se zhoršuje a zpomaluje, objevují se potíže s polykáním - dysfagie, zvyšuje se riziko aspirace při příjmu tekutin a stravy. Pacient se stává celkově pomalejším, neobratným a také se mnohem rychleji a snadněji unaví. Písmo se vyznačuje mikrografii a řeč nemocného se stává monotónní a obtížně zřetelnou. Zhoršení svého stavu pozorují nemocní také v oblasti trávení, objevuje se zácpa, časté nucení na močení a inkontinence. Nepříjemnými jevy, které narušují komfort nemocných je zvýšená sekrece potu a kožního mazu a také zvýšené slinění. Pacienty velmi často trápí poruchy spánku a různé psychické poruchy - deprese, poruchy nálady, úzkost, neklid, ztráta pozornosti, zmatenost, ale také poruchy paměti a s progresí nemoci se přidává i demence (ŠRAMKA, 2014).

1.1 HISTORIE PARKINSONOVY CHOROBY

Nemoc nese jméno londýnského lékaře Sira Jamese Parkinsona, který ji poprvé popsal roku 1817 v knize „An Essay on the Shaking Palsy“ /Esej o třaslavé obrně/. Tehdy šlo o málo známé, spíše vzácné onemocnění. Publikováním knihy o „třaslavé obrně“ se dostala nemoc do většího povědomí lékařů a mnoho z nich získalo jméno pro soubor potíží, které sice znali, ale neměli pro ně shrnující název. O téměř padesát let později - roku 1865 objevil A. Trousseau další formy Parkinsonovy choroby – tentokrát bez třesu, pouze se zpomalením volních pohybů. Roku 1872 popsal pojem svalové ztuhlosti J. M. Charcot (ROTH, 1999).

Teprve po více než sto letech – roku 1919 bylo vědecky potvrzeno, že Parkinsonova choroba má svůj původ v poškození struktury středního mozku, v tzv. substantia nigra. V této struktuře se nacházejí neurony, které pro svou funkci potřebují přenašeč – látku zvanou dopamin. Vliv absence dopaminu na zdraví člověka a následně na rozvoj Parkinsonovy choroby dokázal K. Konstantin Treťjakov (BONNET, 2012).

Ještě před tímto objevem, na samém konci 19. století, ale E. Brissaud uvažoval o procesu, kdy dopaminergní neurony putují ze substantia nigra do struktury zvané striatum. Následně v letech 1912 – 1913 si při zkoumání mozků zemřelých osob trpících Parkinsonovou chorobou všiml F. Friedrich Lewy drobných tělísek, které mozky osob zemřelých na jinou nemoc neobsahovaly. Tyto struktury v substantia nigra, v šedé kůře mozkové, pojmenoval F. F. po sobě – Lewyho tělíška (ROTH, 1999).

V polovině dvacátého století došlo k velkému posunu na poli farmaceutického řešení Parkinsonovy choroby. Nejprve prováděli tehdejší lékaři pokusy s alkaloidy atropinem a skopolaminem za účelem získání anticholinergik. Tyto alkaloidy získávali z rostlin čeledi lilkovitých – například z rulíku zlomocného. Později, roku 1960, W. Birkmayer a O. Hornykiewicz vybádali a odborně popsali nedostatek dopaminu v centrální nervové soustavě nemocných a vytvořili lék, který uměle doplňoval chybějící dopamin u nemocných Parkinsonovou chorobou. Tento lék nazvali levodopa.

Léčba levodopou byla kombinována s inhibitory DOPA-dekarboxylázy. Za tento objev se zasloužil opět W. Birkmayer, ale tentokrát s kolegy G. Cotziasem a A. Barbeauem.

Lékaři v polovině dvacátého století se snažili vyléčit Parkinsonovu chorobu i neurochirurgickou cestou – tzv. destruktivní chirurgií thalamu. Jejich snahou bylo odstranit třes nemocného. Tyto neurochirurgické operace začali praktikovat M. Cooper a W. Hassler (BONNET, 2012).

Obzvláště v posledních letech velmi pokročil vývoj léčby a léčiv, který si klade za cíl zpomalení progresu nemoci, zkvalitnění života s nemocí a ochranu nervovým buňkám. Jedním z důvodů je bezesporu i prodlužující se průměrný lidský věk a zkvalitnění diagnostiky – tedy narůstání počtu nemocných a správně diagnostikovaných pacientů (VYŠÍNOVÁ, [ordinace.cz /clanek/docent-jan-roth-pohled-na-parkinsonovu-nemoc-dostal-v-poslednich-letech-novy-smer/](http://ordinace.cz/clanek/docent-jan-roth-pohled-na-parkinsonovu-nemoc-dostal-v-poslednich-letech-novy-smer/), 23.5.2012).

1.2 MECHANISMUS VZNIKU ONEMOCNĚNÍ

Není doposud zcela jasné, co zapříčiňuje vznik Parkinsonovy choroby, známá je prozatím pouze souvislost nemoci s úbytkem až zánikem neuronů v bazálních gangliích – konkrétně ve struktuře substantia nigra – a tedy se snížením zásobení striata dopaminem. Právě tyto neurony obsahují dopamin, který slouží jako transmitter – přenašeč nervových vzruchů (SILBERNAGL, 2012).

Bazální ganglia s pomocí dopaminu řídí a zpracovávají motorické procesy celého organismu. Absence dopaminu má za následek neschopnost koordinovat a ovládat pohyb, ale také automatické pohyby a svalové napětí. Dopaminergní neurony nemají ale v bazálních gangliích za úkol pouze transport motorických informací, jak jim bylo přisuzováno dříve. Podílí se také na limbickém systému a při plnění asociačních funkcí - tedy ve vyhodnocování emocí a v rozumových schopnostech daného jedince (BONNET, 2012).

1.3 PREVALENCE, INCIDENCE A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ

Anne-Marie Bonnetová a Thierry Hergueta ve své knize Parkinsonova choroba – Rady pro nemocné a jejich blízké i Doc. MUDr. Jan Roth, CSc. na internetových stránkách Extrapramidové sekce neurologické společnosti se shodují na prevalenci onemocnění 84 – 187 osob na 100 000. Tedy v průměru každý tisící člověk má být nemocný Parkinsonovou chorobou. Vzhledem k častějšímu výskytu onemocnění v souvislosti se zvyšujícím se věkem, u osob nad 65 let trpí touto chorobou již asi 1,4 osoby ze 100 (EXPY.CZ).

Incidence onemocnění je podle Bonnetové a Hergueta 10 – 15 osob na 100 000 obyvatel za rok. S rostoucím věkem obyvatel a zkvalitněním diagnostiky roste i počet nově zjištěných nemocných (BONNET, 2012).

Prognóza Parkinsonovy choroby je velmi individuální. Jde o nevyléčitelné onemocnění, ale s kvalitní péčí mohou nemocní touto chorobou prožít dlouhé roky naplněného života.

V dřívějších dobách – bez léčby – umírali nemocní přibližně do osmi let od prvních projevů nemoci. V roce 2004 byla průměrná délka života po onemocnění 14 let (KALVACH, 2004).

S prodlužováním délky lidského života roste počet nemocných, protože pravděpodobnost onemocnění se zvyšuje spolu s věkem, zároveň se ale zkvalitňuje zdravotnická péče, rozšiřují se možnosti léčby a nemocným je dopřáván účinnější boj s nepříjemnými symptomy nemoci, než tomu bylo dříve. Také zkvalitnění diagnostiky s sebou nese větší množství správně diagnostikovaných a tedy i léčených pacientů (VYŠÍNOVÁ, [ordinace.cz /clanek/docent-jan-roth-pohled-na-parkinsonovu-nemoc-dostal-v-poslednich-letech-novy-smer/](http://ordinace.cz/clanek/docent-jan-roth-pohled-na-parkinsonovu-nemoc-dostal-v-poslednich-letech-novy-smer/), 23.5.2012).

Každý rok se zvyšuje průměrný lidský věk o 4 měsíce. To znamená, že stárnutí populace ve vyspělých zemích se stává fenoménem ze dne na den významnějším. Lidé nad 65 let jsou obětmi chronických nemocí, zejména neurodegenerativních, kvůli nimž

musí zásadně měnit způsob života. Alzheimerova nemoc je jedním příkladem, Parkinsonova druhým (BONNET, 2012, s. 7).

1.4 ETIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Přestože není konkrétně známo, co způsobuje zánik neuronů obsahujících dopamin, bylo zjištěno, že existuje jistá spojitost mezi vznikem onemocnění a genetickými činiteli a dále pak škodlivinami plynoucích ze znečištěného a lidmi modifikovaného životního prostředí. Velký vliv zde nejspíše mají exogenní lipofilní toxiny, které jsou obsaženy v herbicidech. Epidemiologickými studiemi byl prokázán vyšší výskyt Parkinsonovy nemoci v oblastech s intenzivním a chemicky podporovaným zemědělstvím. Z endogenních činitelů se uplatňuje především kyslík v reaktivní formě, kdy se spouštěčem stává zvýšené množství prvku železa v bazálních gangliích, konkrétně ve struktuře substantia nigra, a dochází ke vzniku oxidativního stresu a následně narušení mitochondriálního dýchacího řetězce. Zde pak přichází ke slovu genetika, kdy vlivem genetických dispozic je pak daný organismus náchylnější k podlehnutí toxickým účinkům z vnějšího prostředí (VOKURKA, 2014).

Dalšími rizikovými faktory, které mohou stát za vznikem onemocnění, jsou procesy, které mohou poškodit nervovou soustavu – a v jejichž důsledku se později u daného jedince rozvine Parkinsonova choroba. Může jít o chronickou epidemickou encefalitidu, aterosklerózu mozkových cév, ischemii centrální nervové soustavy, intrakraniální nádor či úraz. Vznik onemocnění je přisuzován také nezodpovědnému životnímu stylu – užívání heroinu a dalších toxických látek a intoxikaci oxidem uhelnatým (ŠRAMKA, 2014).

1.5 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ

MUDr. Tereza Uhrová popsala v časopisu Parkinson časté obtíže pacientů, u kterých ještě Parkinsonova choroba nepropukla v plné síle. Zmiňuje, že ještě před nástupem zjevných a typických projevů nemoci na sobě nemocní často pociťují nespecifické poruchy, jsou jimi například: bolesti pohybového aparátu – především zad a ramen, pocity tíže končetin, silné pocity únavy a ztráty výkonnosti. Dostávají se potíže s obštipací a do hlasu se nemocným vkrádá monotónnost a tichost. K těmto faktorům se přidávají ještě psychické potíže – často se objevují depresivní stavy, období zvýšené nervozity, snížení libida a potence a poruchy spánku (PARKINSON-HELP.CZ, 2014).

Autoři různých publikací se shodují, že první projevy nemoci nemusejí být vůbec typické pro Parkinsonovu chorobu, naopak působí nenápadně. Nemocný se velmi často unaví, při běžných činnostech pociťuje snížení výkonnosti a pohybové zpomalení, ale také u něj trvá případná rekonvalescence po běžné chorobě déle, než obvykle. Tyto symptomy jsou tedy často pokládány za počínající depresi.

Vzhledem k tomu, že asi ve čtvrtině případů Parkinsonovy choroby deprese skutečně probíhá ještě před plným rozvojem nemoci, je její léčba bezesporu na místě. Problém ovšem nastává ve chvíli, kdy diagnóza deprese zakrývá, a tedy pozastavuje stanovení správné diagnózy a léčba Parkinsonovy choroby se oddaluje. V samém začátku onemocnění jsou totiž projevy „parkinsonské akineze“ a zpomaleného jednání způsobené depresí nemocného velmi podobné. Tato fáze, na jejímž závěru se začnou objevovat pohybové problémy – typické parkinsonské příznaky, pomocí kterých je možné stanovit diagnózu mnohem přesněji – se nazývá presymptomatická (BONNET, 2012).

Začátek onemocnění - v průměru prvních tři až pět let nemoci - probíhá bez zjevných příznaků, často bez postřehnutí. Tělo se snaží pomoci si se ztrátou dopaminergních neuronů samo a tak zapojuje fyziologické kompenzační mechanismy, které částečně vyrovnávají množství dopaminu ve striatu. Teprve při poklesu dopaminu pod hranici 20 – 30 % normy se začne nemoc projevovat. Nejdříve ovšem netypickými příznaky – těmi jsou právě zmíněná deprese a kloubní a svalové bolesti. Postupem času se přidávají typické příznaky Parkinsonovy choroby (KALVACH, 2004).

Jak se nemoc rozvíjí, stále klesá hladina dopaminu a je utlumována funkce talamu, začíná být potlačována volní motorika nemocného a zvyšuje se svalový tonus. Pacient má problém započít pohyb, který má v úmyslu provést a poté je jeho pohyb zpomalen (bradykineze), potíže doprovází také rovnováhu a objevují se poruchy chůze. Častý bývá také freezing – stav, kdy je pohyb náhle přerušen a pacient se není schopen po nějakou dobu vůbec pohnout. Tento stav doprovází ve většině případů klidový třes (nejčastěji a nejvíce postihuje horní končetiny a jeho frekvence je 4-8/s), který je doplněn pohyby rukou a prstů – prsty jakoby počítaly peníze. Silbernagl a Lang v Atlase patofyziologie zmiňují v souvislosti s hypokinezi a tremorem syndrom *ozubeného kola* (SILBERNAGL, 2012).

1.5.1 PARKINSONSKÁ TRIÁDA

Základní symptomy Parkinsonovy choroby jsou akineze – neschopnost pohybu, rigidita – svalová ztuhlost a tremor – třes.

AKINEZE je stav, který bývá nemocnými vnímán jako slabost, zpomalenost, ztráta schopnosti vykonat nějaký pohyb, neschopnost provést dvě akce zároveň – například vstát a rovnou se plynule rozejít, zkoordinovat dva současné pohyby (gesta). Pacient se cítí více unavený, má pocit ztuhlých končetin. Největší potíže způsobuje započítí pohybu (SCHULER, 2010).

V praktickém životě se nemocní setkávají s potížemi zapnout si knoflíky na košili, uvázat si kravatu, zavázat tkaničky na botách či nahmatat a uchopit drobné mince v peněžence při placení. Nemocný postupně ztrácí soběstačnost a stává se odkázan na své blízké případně pečovatelský/ošetrovatelský personál ve všech činnostech denní potřeby – včetně čištění zubů, holení atd.

Typické je zmenšení písma nemocného – tento jev nazýváme mikrografie. Je běžné, že po přerušení psaní začne dotyčný psát opět běžně velkým písmem, po několika slovech se jeho písmo ovšem zase zmenší.

Chůze se stává pomalou, váhavou, nemocný užívá drobných krůčků a pro jeho rozpohybování se je potřeba více času. Zde je důležité, aby bylo okolí nemocného uzpůsobeno jeho nemoci a bezpečnosti, aby byly odstraněny překážky z prostoru,

po kterém se pohybuje a měl pro chůzi kvalitní podmínky – osvětlení. Především při chůzi je velmi nebezpečné na nemocného mluvit či jinak upoutávat a rušit jeho pozornost (BONNET, 2012).

Akineze je hlavní příznak Parkinsonovy choroby a přitom je mezi laiky nejméně známým. Málokdo si dá do souvislosti zpomalení pohybu a poruchu jeho plynulosti s touto nemocí. Laická představa o Parkinsonově chorobě spočívá především v dalším typickém příznaku nemoci (který ovšem na rozdíl od akineze nemusí být hlavním projevem nemoci) – tremoru neboli třesu (BONNET, 2012).

TREMOR – je pro laickou veřejnost hlavním příznakem Parkinsonovy choroby, z hlediska medicíny ale nepatří k tomu nejzákladnějšímu, patří ovšem do parkinsonské triády. Většinou se při tomto onemocnění u postiženého vyskytuje, ovšem v různé míře zastoupení.

Jde o třes svalů, které jsou v klidu. Nejčastěji jej můžeme pozorovat u nemocných s horními končetinami volně položenými na těle, na břicho či stehnech nebo volně svěšených podél těla. Třes ustává při volném pohybu, proto má mnoho pacientů zvyk často něco přerovnávat, urovnávat si oblečení, hrát si s prsty – vědí, že při pohybu samovolný třes ustane a oni nebudou svým postižením tak nápadnými pro okolí. Při spánku třes ustává. Typicky postihuje horní končetiny (ruce a prsty, ne celou paži) – obzvláště pro začátek nemoci jen jednu ruku. Na dolních končetinách je méně častý (BONNET, 2012).

Emocionální rozpoložení – stres či úzkost – většinou intenzitu třesu zhoršuje. Pokud je nemocný v naprostém klidu, může i ustat, pod nervovým vypětím se naopak zesiluje.

Na třes má většinou dobrý vliv dopaminergní léčba.

RIGIDITA – ztuhlost svalů, zesílený svalový tonus je patrný především na uvolněném nemocném v okamžiku, kdy mu chceme pohnout s končetinami – například při kompletní ošetrovatelské péči při polohování pacienta. Stav těla, kdy svaly končetin odporují snaze o hybnost, jež je působena zvnějšku, popisuje Bonnet jako „fenomén olovené trubice“. Následné šhubavé povolání svalů jako reakci na způsobený předešlý děj pak označuje za již zmíněný „fenomén ozubeného kola“ (BONNET, 2012).

1.5.2 PARKINSONSKÝ SYNDROM

Parkinsonský syndrom je typický obraz Parkinsonovy choroby, který ovšem nemusí být Parkinsonovou chorobou. Důležitá je správná diagnóza a pro co nejlepší prognózu nemocného následně vhodná léčba.

Téměř u třetiny lidí ve věku 75 – 85 let a přibližně u poloviny osob nad 85 let se parkinsonský syndrom vyskytuje, ovšem málokdy jde skutečně o Parkinsonovu chorobu.

Primárně je příčinou parkinsonského syndromu Parkinsonova choroba.

Sekundárně způsobují tento syndrom ale onemocnění či poruchy, které se projevují parkinsonskými symptomy, ovšem činitel vyvolávající tyto příznaky je například poléková reakce těla, nádory CNS, cévní onemocnění mozku a další poruchy. Sekundární parkinsonský syndrom se jinak označuje i jako pseudoparkinsonismus (SCHULER, 2010).

1.5.3 PSYCHICKÉ PORUCHY JAKO PŘÍZNAKY PARKINSONOVY CHOROBY

Poměrně velká část práce je věnovaná fyzickým projevům nemoci, ovšem Parkinsonova choroba působí velmi zásadně i na psychiku nemocných – především proto, že nemoc jim za plného vědomí a při nezměněných mentálních vlastnostech, bere schopnost postarat se o sebe sám. Přestože společnost je mnohem tolerantnější a informovanější, než tomu bývalo dříve, cítí se mnohdy nemocní méněcenně či zahanbeně.

Stejně jako fyzických symptomů nemoci je celá řada – a mnohdy se u nemocného objevují jen některé, s psychickými potížemi je to stejné. Obecně lze ale zmínit nejčastěji se objevující různé formy poruch nálad - depresivní a úzkostné poruchy. Následují poměrně hojně zastoupené poruchy spánku a sexuální poruchy – především u mužů.

S nejčastěji zastoupenou poruchou – depresí – se pacient často setká ještě před samotným zjevným vypuknutím nemoci. S depresí také úzce souvisí následující potíže,

kteře jsou někdy chybně posuzovány samostatně – jde vlastně o symptomy deprese. Patří sem nechutenství, nespavost či jinak narušený spánek, snížené libido, únava bez zjevné příčiny, zpomalení pohybu, zatuhlost, vnitřní neklid, ztráta mimických pohybů, problém s pozorností a rozhodností a negativní myšlenky – o sobě, o životě, o možné smrti či sebevraždě (DUŠEK, 2010).

Deprese si vyžaduje vždy zvýšenou pozornost nemocného, rodiny a příbuzných i ošetřujícího lékaře. V méně závažných depresivních stavech často stačí psychoterapie, při těžších a těžkých formách deprese jsou antidepresiva nezbytností.

Kromě deprese je velmi častým problémem generalizovaná úzkostná porucha – pro ni jsou typické obrovské obavy ze zvládnání běžných denní činností. Projevy úzkostí jsou nutkavý neklid, vnitřní napětí – nervové i svalové, nervozita a podrážděnost a podobně jako u deprese poruchy spánku a rychlý pocit unavení bez zjevného podnětu (BONNET, 2012).

Nemocný Parkinsonovou chorobou často trpí úzkostí například už jen z pomyšlení na nákup v obchodním centru – má strach, že se nezvládne ve velkém a zalidněném prostoru dokonale orientovat, že na něm bude jeho nemoc nápadná a snadno rozpoznatelná, že neovládne svou nešikovnost, že něco rozbije, že bude mít potíže při placení... Mnoho nemocných trpí úzkostí z pomyšlení, že život s nemocí nezvládnou, mají strach z budoucnosti.

Ve vztahu k psychickým potížím dopaminergní léčba pacientům spíše zhoršuje vnitřní napětí.

Symptomy změněného vědomí – různé psychózy, halucinace či deliria jsou spíše vzácné (BONNET, 2012).

1.5.4 FÁZE PARKINSONOVY CHOROBY

Bonnetová a Hergueta shrnují vývoj nemoci do čtyř fází, zdůrazňují ovšem, že nemoc mívá pomalý rozvoj a u každého nemocného může být průběh nemoci a vliv na záležitosti denního života rozdílné.

ČTYŘI VÝVOJOVÉ FÁZE DLE BONNETOVÉ A HERGUETA:

1. Adaptační fáze – emocionálně velmi náročná fáze, protože zahrnuje zjištění nemoci. Spadají sem první projevy příznaků, diagnostika onemocnění. Z psychického hlediska je zde důležité sžívání a smiřování se s nemocí.
2. Fáze vyrovnanosti – po nasazení léčby dochází ke zlepšení projevů nemoci a kvalita života se alespoň prozatím zlepšuje. Nemocný se učí s nemocí žít, vyrovnává se s ní a přijímá ji jako svou součást.
3. Fáze fluktuace hybnosti a dyskineze – po vyrovnanějším období přichází zhoršení fyzického, ale i psychického stavu. Dochází k výkyvům v motorických schopnostech a objevují se specifické mimovolní pohyby, které nemocný nedokáže ovládat. Tyto dyskinetické potíže souvisí s dlouhodobější léčbou levodopou.
4. Invazivní fáze je fází čtvrtou a poslední. Jak již název napovídá, je to období, kdy příznaky nemoci ovládají kvalitu života nemocného do takové míry, že pomalu ztrácí schopnost postarat se o sebe sám a potřebuje čím dál tím častěji pomoc svých blízkých. Nejvýraznějším projevem je v této fázi problematická, silně narušená chůze (BONNET, 2012).

1.6 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

Základem pro správnou diagnostiku je bezesporu kvalitně s komplexně zpracovaná anamnéza nemocného.

Prvním krokem je potvrzení existence stěžejních příznaků onemocnění, které tvoří obraz „parkinsonského syndromu“ – jde o již zmíněné jevy: rigidita, hypokineze, tremor a případně další poruchy hybného aparátu. Teprve přítomnost dvou a více znaků činí diagnózu Parkinsonova choroba pravděpodobnou. Následuje hledání symptomů, které by mohly diagnózu PCH popřít – v takovém případě by tyto příznaky znamenaly sekundární parkinsonismus. Posledním krokem jsou klinické důkazy stvrzující Parkinsonovu chorobu – nejčastěji jde o klidový třes a asymetrický nálezy symptomů (RŮŽIČKA, 2004).

Potvrzujícím jevem je pozitivní reakce nemocného na dopaminergní léčbu, konkrétně výrazné zlepšení stavu po podání levodopy, v průměru dochází ke zlepšení o 70 – 100% po podání léku (RŮŽIČKA, 2004).

Dále podstoupí nemocný CT mozku, EEG vyšetření, ultrasonografické vyšetření krčních tepen a MR.

Platí zde, že choroba může být diagnostikována až po vyloučení jiných příčin onemocnění (ŠRAMKA, 2014).

1.7 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY

Nejčastěji preferovanou léčbou je cesta substituční terapie. Zde je záměrem efektivně doplnit hladinu dopaminu v mozku na takovou úroveň, aby nebyl narušen proces přenosu informací mezi centrální nervovou soustavou a periferními nervy. Nedostatek dopaminu je teda nahrazen léky (BONNET, 2012).

Kurativní léčba – tedy úplné vyléčení nemoci – prozatím bohužel není možné. Je tedy využíváno léčby symptomatologické, zmírňují se pouze příznaky nemoci. Úspěšnost léčby je velmi individuální, často je nutné, aby pacient se svým ošetřujícím lékařem hledali vhodný způsob léčby, ideální kombinaci léků a jejich dávkování

společně – formou dialogu, kdy lékař musí akceptovat pacientovy zkušenosti se stávající medikací.

Cílem léčebného postupu musí být kromě zmírnění motorických obtíží také maximální prodloužení období, kdy léčba optimálně účinkuje (BONNET, 2012, s. 25).

1.7.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Základní léky při léčbě PCH jsou preparáty, které zmírňují symptomy Parkinsonovy choroby, dále jsou podávány přípravky s neuroprotektivními účinky a v neposlední řadě jsou velmi důležité i farmaka kompenzující vedlejší příznaky a komplikace PCH (například antidepresiva, hypnotika, anxiolytika, neuroleptika atd.) (ROTH, 1999).

Nejběžněji užívanými farmaky jsou léky, jejichž základ stojí na látce objevení v šedesátých letech dvacátého století – levodopě. Levodopa je tzv. prekurzor dopaminu, to znamená, že se po užití v pacientově těle změní na dopamin. Nemocný tedy užívá přímo náhražku dopaminu.

Velkou nevýhodou je, že časem jsou účinky léku zeslabovány a po několika letech léčby se často u pacientů vyskytují pohybové potíže – například dyskineze a fluktuace pohybu (VOKURKA, 2014).

Léčba Parkinsonovy choroby levodopou je neúčinnější. Účinek levodopy slouží dokonce jako kritérium k potvrzení diagnózy u složitějších případů (BONNET, 2012, s. 23).

Látky, které stimulují dopaminergní receptory se nazývají agonisté dopaminu. Jejich hlavním účinkem je zpomalení nástupu pohybových komplikací. Agonisté dopaminu jsou často předepisovány s prvními funkčními obtížemi nebo ještě před jejich nástupem. Většinou je užívají mladší pacienti. Výjimečně jsou tyto léky předepisovány pacientům po 70. roce života. Obecně platí, že starší pacienti lépe snášejí léčbu na základě podávání levodopy.

Dalším typem léků u Parkinsonovy choroby jsou léky, které mají vliv na metabolismus levodopy a dopaminu – například inhibitory MAO-B či inhibitory

COMT. Dále to jsou antagonisté glutamátových receptorů nebo anticholergika (PARKINSON-HELP, 2014), (KALVACH, 2004).

1.7.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Vhodné a velmi časté je i zařazení fyzioterapie do plánu léčby. Smyslem této funkční rehabilitace jsou nejen její léčebné, ale i preventivní účinky.

Fyzioterapie dokáže zmírnit a oddálit zhoršování typických parkinsonských projevů. Prioritně je fyzioterapie cílena na hlavní hybný problém, na symptom, který je pro pacienta největším problémem. Často jsou zde využívány koordinační cviky, jsou podporovány a pohyby, které vyžadují plynulý sled a souhyb. Tyto praktiky pomáhají řešit opožděnost a zpomalenost pohybů.

Preventivně se využívají cviky pro podporu zachování svalové síly a také k zamezení nebo oddálení poruchy hybnosti v kloubech.

S fyzioterapií se začíná pacient seznamovat za podpory a vedení speciálně vzdělaným zdravotnickým pracovníkem – fyzioterapeutem, později ji provádí i sám doma, poté, co se naučí některé potřebné cviky. Kontakt s fyzioterapeutem je ovšem vhodné udržet, obzvláště při zhoršení fyzického stavu.

Pokud je již pacient v pokročilé fázi onemocnění a není schopen se aktivně zapojit do cvičení, cvičí s ním fyzioterapeutičtí pracovníci alespoň pasivně. Toto je velmi důležitá součást péče o nemocného odkázaného na péči zdravotnického personálu, pasivní cvičení pomůže alespoň předejít kontrakturám a svalové atrofii (BONNET, 2012).

Další variantou léčby je hluboká mozková stimulace. Tento chirurgický zákrok ale není standardní formou léčby a není vhodný pro každého. Obecně je doporučován pouze těm pacientům, u kterých se jejich stav zhoršuje příliš rychle nebo je vývoj jejich nemoci závažný. Případně u těch, kteří na jinou variantu léčby reagují nepříznivě.

Hluboká mozková stimulace se rozhodně nedoporučuje, pokud nejsou vyzkoušeny ostatní neinvazivní metody.

Operace spočívá v zavedení tenké jehly do tkáně mozku – do subthalamických jader. Jehla se zavádí skrze malý otvor v lebce, bezpečnost zavedení je dána přesnými výpočty na základě předešlého vyšetření mozku počítačovou tomografií.

Přestože průběh operace proběhne správně, může mít takový neurochirurgický zákrok vážné a život ovlivňující důsledky. Může dojít k nevratnému poškození či zničení mozkových buněk.

Obecně je tendence operovat spíše mladší nemocné. Dobré výsledky mají zákroky u pacientů v pokročilých stádiích nemoci, kdy jsou tito nemocní zatíženi polékovými mimovolnými pohyby a častými změnami stavu hybnosti (PARKINSON-HELP, 2014), (KUČERA, 2013).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Pacient s Parkinsonovou chorobou je přijímán na neurologické oddělení. Důvodem k přijetí je většinou zhoršení stavu pacienta projevující se porušením chůze, zesílením tremoru a vznikem dalších komplikací souvisejících s onemocněním.

V této kapitole je popsána ošetrovatelská péče o pacienta na neurologickém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

Mezi specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Parkinsonovou chorobou patří:

Monitorace fyziologických funkcí

- Ihned při příjmu pacienta je nutné zmonitorovat základní fyziologické funkce, tedy TK, TT, puls, saturaci krve kyslíkem a dech.
- Celkový stav pacienta je zhodnocen jak z lékařského, tak z ošetrovatelského hlediska. Pozornost je zaměřena také na riziko pádu – které se vyskytuje u pacienta s diagnózou Parkinsonova choroba vždy, riziko vzniku dekubitu – to především u ležících pacientů s částečným či úplným deficitem soběstačnosti, u pacientů s cirkulačními či metabolickými poruchami či v případech, kdy je pacient inkontinentní. Pokud je přítomna bolest, zjišťujeme na VAS škále stupeň bolesti. Je zhodnocena progresse nemoci, reakce nervové soustavy na podněty, kvalita chůze, případný tremor a rigidita pacienta.
- Jsou odebrány biologické materiály na základní rozbor – především biochemické vyšetření krve včetně CRP, rozbor moče chemicky + sediment a základní hematologické vyšetření krve.

Poloha, pohybový režim

- Pacient je uložen do lůžka a je mu dána na dosah ruky signalizace.
- Pokud je pacient samostatně schopen chůze, je poučen o pohybovém režimu, je srozuměn s tím, aby v případě potíží informoval signalizací ošetrovatelský

personál a přivolal si pomoc. Jsou odstraněny překážky, které by mohly při jeho pohybu po pokoji zapříčinit jeho pád.

- Je-li pacient soběstačný pouze částečně, je poučen o nutnosti doprovodu po pokoji, je mu dána signalizace na dosah ruky a v případě potřeby jej ošetřující personál doprovází.
- V případě nesoběstačného pacienta jej sestra polohuje co 2 hodiny, během noci co 3 hodiny. Je prováděna prevence vzniku dekubitů, jsou promazávány a vyoploženy predilekční místa pacienta. K promazávání používáme Menalind pastu či Ondřejovu mast, k podložení a polohování speciální antidekubitární pomůcky. Je založena dokumentace k prevenci vzniku dekubitů
- Pomocí dostupných pomůcek je zajištěno bezpečí pacienta na lůžku, u neklidných či nesoběstačných pacientů i s pomocí postranic.

Hygienická péče

- Soběstačnost pacienta zhodnotíme s pomocí Barthelova testu.
- Dle stupně soběstačnosti pacienta sestra dopomáhá při hygienické péči, ta je prováděna 2x denně.
- U nesoběstačných pacientů provádí sestra hygienickou péči na lůžku 2x denně a alespoň 1x týdně celkovou koupel na lůžku ve sprše. Během hygienické péče sestra kontroluje stav pokožky, všímá si případných defektů na kůži, modřin, odřenin, opruzenin - především u obézních pacientů v tříslech, v podbřišku, v podpaží, u žen pod prsy. Zvláštní pozornost věnuje tvorbě puchýřků a prvních známek dekubitů – začervenání pokožky. Sestra zaměřuje pozornost také na celkovou pohyblivost pacienta, hybnost končetin a případné kontraktury. Po koupeli sestra kůži promaže přípravky k tomu určenými – Menalind pasta, Ondřejova mast, Sudocream - opět především v predilekčních místech. Dále pokračujeme péčí o dutinu ústní – u nesoběstačných pacientů dutinu ústní vytíráme k tomu určenými štětičkami, zvýšenou pozornost věnujeme také očím. Pečujeme také o nos, uši, vlasy a nehty. V neposlední řadě je péče o nesoběstačného pacienta zaměřena na hygienu genitálu. Pokud má pacient zaveden PMK, provedeme jeho desinfekci (nejčastěji Octeniseptem). Při péči

o konečník si všímáme případných hemoroidů, trhlinek, či opruzenin. Zvláštní pozornost věnujeme udržování pacienta v suchu a promazávání oblasti sacra.

- Vždy se snažíme do péče o sebe sama zapojit samotného pacienta – dle jeho schopností. Dopomáháme mu jen v těch oblastech, kde má deficit soběstačnosti.
- Je vhodné využít i prvků bazální stimulace – navléci nesoběstačnému pacientovi žílnku na ruku a vést pohyb jeho ruky v péči o sebe sama.

Spánek a odpočinek

- Zajišťujeme bezpečnost a pohodlí pacienta během spánku. Na noc v pokoji vyvětráme, v případě potřeby na postel upevníme postranice, eliminujeme hluk na oddělení, redukujeme ošetrovatelské činnosti v noci na minimum.
- Monitorujeme kvalitu spánku a dle ordinace lékaře podáváme hypnotika či sedativa.
- V rámci ošetrovatelské péče zhodnotíme úroveň spánku, úroveň odpočatosti a celkové pohody pacienta.

Výživa

- Zhodnotíme úroveň soběstačnosti v oblasti výživy.
- Dle dietních omezení a aktuálního stavu pacienta zvolíme vhodnou dietu. Nejčastěji volíme dietu č. 3 – racionální či č. 9 – diabetickou. Pokud má pacient potíže s polykáním volíme dietu kašovitou (15H/9H).
- Dbáme na dostatečný příjem tekutin a monitorujeme jejich výdej.
- Je-li ordinováno lékařem, vedeme bilanci tekutin. Není to toto ordinováno, pouze kontrolujeme, že je pacient dostatečně hydratován.

Vyprazdňování

- Sestra zhodnotí soběstačnost pacienta v oblasti vyprazdňování.
- Sleduje vyprazdňování stolice, střevní peristaltiku a odchod plynů pacienta. Zaměřuje se na frekvenci vyprazdňování, strukturu stolice, případné příměsi ve stolici.
- Je-li pacient nesoběstačný a jeho vyprazdňování probíhá v lůžku, zabezpečí mu sestra intimní prostředí.
- Je prováděna prevence zácpy – především formou dostatečného pitného režimu a dostatku vlákniny, v případě zácpy jsou podána laxativa dle ordinace lékaře.
- Pokud je zaveden permanentní močový katétr, provádí sestra hygienickou a desinfekční péči o tento katétr. Všimá si případné hematurie či jiných příměsí v moči a nezvyklého zápachu. Je-li uvažováno o zrušení PMK, provádí s pacientem pomocí peánu nácvik mikce.

Psychosociální potřeby

- Pokud si pacient výslovně nepřeje opak, je o své diagnóze dostatečně informován. V každém případě musí být seznámen s možnými komplikacemi, ke kterým může dojít a musí znát projevy zhoršení stavu.
- Kromě léčebného plánu je pacient seznámen i s ošetřovatelským plánem.
- Sestra edukuje pacienta a případně i jeho rodinu v záležitostech péče o něj, k tomuto musí zvolit vhodnou formu, způsob komunikace a vhodný čas.
- Vzhledem k průběhu a projevům nemoci, hospitalizaci pacienta a jeho pobytu v cizím prostředí sestra respektuje případné negativní projevy pacienta související s jeho psychickým stavem. Sestra v rámci možností zajistí kontakt s rodinou a v potřeby zajistí ve spolupráci s lékařem psychologickou podporu ze strany psychologa.

Domácí péče

- Pacient i jeho rodina jsou sestrou edukováni o ošetrovatelské péči v domácím prostředí. Vědí, na koho se mají v případě potíží obrátit.
- Sestra připomene důležitost správné životosprávy, vyhýbání se stresovým situacím a především pravidelné užívání léků.
- Zdůrazníme, že antiparkinsonika jsou typem léků, které nelze nikdy náhle vysadit, protože by mohlo dojít k úplnému ztuhnutí a ztrátě pohyblivosti.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je stěžejní pracovní postup nelékařských zdravotnických pracovníků. Je to metoda, kdy je poskytována a řízena účelná ošetřovatelská péče pacientům skrze ošetřovatelský personál. Jde o sérii předem plánovaných činností a s nimi souvisejících myšlenkových postupů (SYSEL, 2011).

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potencionální problémy péče o zdraví, stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost (SYSEL, 2011, s. 34).

Tato ošetřovatelská péče je poskytována jednotlivcům nebo celým skupinám. Sestra má v ošetřovatelském procesu jasně vymezenou roli a dokáže skrze něj efektivně, rychle a stručně zhodnotit pacientův stav z hlediska ošetřovatelské péče. Daný reálný či pouze potencionální problém následně v ošetřovatelském procesu řeší. V průběhu ošetřovatelské péče může docházet ke změnám realizace péče – oproti předem naplánovanému – z důvodu změny potřeb pacienta v důsledku zlepšení či zhoršení jeho stavu během hospitalizace. Sestra monitoruje a následně kompenzuje deficit potřeb fyzických, emocionálních a zároveň sociálních (SESTRA.ORG, 2012).

Ošetřovatelský proces je cyklický a pokračující proces, který může v kterékoli etapě skončit, je-li problém vyřešen (SESTRA.ORG, 2012).

Ošetřovatelský proces je tvořen pěti fázemi, jež na sebe postupně navazují. Jde o posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a hodnocení. Tyto fáze postupují v pořadí za sebou, ovšem v jednom čase může svou funkci naplňovat více složek naráz. Jednotlivé fáze spolu úzce souvisejí a ovlivňují se. Pro kvalitní ošetřovatelský proces je důležitá efektivní, otevřená a jasná komunikace mezi celým ošetřovatelským personálem vzájemně, mezi sestrami a lékaři, mezi sestrami a pacientem a také mezi všemi ostatními účastníky ošetřovatelského procesu (rehabilitační pracovník, psycholog, sociální pracovník, ergoterapeut, příbuzní a rodina pacienta atd.) (SYSEL, 2011).

Posuzování je fáze, ve které má sestra za úkol získat informace o pacientovi a zhodnotit jeho stav. Je zde potřebné, aby sestra kvalitně posoudila veškeré nedostatky či zvláštnosti v pacientových potřebách. V ošetřovatelské dokumentaci používáme pro tuto fázi termín „ošetřovatelská anamnéza“ (HŮSKOVÁ, 2009).

Druhá fáze ošetřovatelského procesu se nazývá diagnostika. Zde jsou potřeby pacienta zhodnoceny do formy, ze které vzejdou ošetřovatelské diagnózy. Tyto ošetřovatelské diagnózy popisují ošetřovatelský problém.

Třetí fází ošetřovatelského procesu zahrnuje plánování ošetřovatelské péče. Sestra zhotoví individuální plán a postup poskytování ošetřovatelské péče. Zde se sestra zaměřuje na stanovení cílů ošetřovatelské péče. Sestra určí způsob a intervence, pomocí kterých dojde k uspokojivému a očekávanému výsledku, to znamená k eliminaci pacientových problémů. Plánování ošetřovatelské péče probíhá většinou ve spolupráci s pacientem a je sepsán písemně. Plán ošetřovatelské péče musejí znát všichni účastníci ošetřovatelského procesu, aby se na něm mohli efektivně podílet a byla poskytována kvalitní ošetřovatelská péče.

Čtvrtou fází je realizace plánovaných činností, které vycházejí z ošetřovatelského plánu. Jde o naplňování stanovených ošetřovatelských intervencí. O této činnosti vede sestra záznam v ošetřovatelské dokumentaci. Ke každé intervenci poznamená datum a čas dané intervence, svůj podpis a přidá i razítko. Za provedenou intervenci a její kvalitu je zodpovědná.

Poslední fází ošetřovatelského procesu je hodnocení. Sestra zde zhodnotí efekt provedených intervencí a účinnost dosažení stanovených cílů včetně efektivity ošetřovatelské péče. Cíle může být dosaženo v plném rozsahu původního plánu, pouze částečně nebo také vůbec. Jestliže nebylo dosaženo cíle, musí sestra tuto skutečnost zaznamenat a poznačit, jaká provedla následná opatření. Většinou je plán ošetřovatelské péče upraven (SYSEL, 2011), (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

4 SPECIFICKÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

V následující kapitole je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Jde o muže J. J., 67 let, hospitalizovaného na neurologickém oddělení se základní diagnózou Parkinsonova choroba (G20). Stav pacienta se postupně zhoršuje od roku 2010, kdy mu bylo onemocnění diagnostikováno. Zpočátku trpěl pouze stavy zvýšené únavy, pocity neobratných rukou, lehkými svalovými křečemi. Postupně se rozvíjel klidový třes horních končetin, šouravá chůze v lehkém předklonu, poruchy spánku, náladovost, lehká dysartrie a počínající poruchy mimiky.

Pacient byl hospitalizován pro kolapsový stav, na oddělení dopraven RZP poté, co doma spadl a uhodil se do hlavy. Na hlavě vznikla silně krvácející rána vyžadující suturu na úrazové ambulanci. Pacientovi byla ordinována vyšetření: neurologické, laboratorní odběry, CT mozku, MMSE test. Byla zjištěna další progresse nemoci.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: J. J.	Pohlaví: muž
Datum narození: 16. 9. 1948	Věk: 67
Adresa bydliště a telefon: Sluníčková ohrada 1717, Zlín tel: 111 222 333	
Adresa příbuzných: Manželka O. J., bytem společným	
RČ: 000000/0000	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vysokoškolské, učitel na ZŠ	Zaměstnání: důchodce, předtím učitel na ZŠ, 2. stupeň – dějepis a český jazyk
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 13. 2. 2015	Typ přijetí: akutní příjem
Oddělení: neurologie 4. etáž	Ošetřující lékař: MUDr. XY

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Dle manželky byl již od rána „divný“, malátný. Šel na WC, cestou zkolaboval v kuchyni. Spadl na hlavu. Dle manželky byl v bezvědomí 1 – 2 minuty. Pacient si na to nepamatuje.

Pacient vypověděl, že ráno normálně vstal, cítil se dobře, z ničeho nic omdlel, nepamatuje si, co se stalo, nebyl při vědomí, probudil se, „až když ho tahali“.

Medicínská diagnóza hlavní:

Parkinsonova choroba

Medicínské diagnózy vedlejší:

Esenciální hypertenze

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 105/60 - hypotenze	Výška: 182 cm
P: 62/min. - normokardie	Hmotnost: 95 kg
D: 16/min. - eupnoe	BMI: 28,68, nadváha
TT: 36,3 - normotermie	Pohyblivost: zhoršená, upoután na lůžko
Stav vědomí: při vědomí, orientován	Krevní skupina: nezjišťována

Nynější onemocnění:

Pacient J. J. je důchodce, v roce 2010 mu byla zjištěna Parkinsonova choroba a trpí hypertenzí, další potíže neguje. Za poslední asi tři týdny si všiml znatelného zhoršení třesu horních končetin a nejisté chůze. Od minulého týdne několikrát upadl - většinou byl ovšem zachycen někým z rodiny. Dne 13. 2. se při pádu uhodil do hlavy a způsobil si tržnou ránu dlouhou asi 5 cm. Na úrazové ambulanci proběhla sutura – 6 stehů.

Informační zdroje:

Chorobopis, pacient

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela stářím ve věku 89 let

Otec: zemřel na CA tlustého střeva v 75 letech

Sourozenci: sestra žije, DM II. typu, bratr zemřel na IM v 65 letech

Děti: 1 dcera, 2 synové – jeden zdravý, druhý syn DM II. typu, 5 vnoučat - zdravé

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: ---

Hospitalizace a operace: Apendektomie 6/1991

Úrazy: Fraktura tibiae 8/1972

Distorze hlezna dx. 4/1964

Vulnus lacerum capitis frontoparietalis l.sin. 13/2/2015

Transfuze: ---

Očkování: povinná dětská očkování

Alergologická anamnéza:

Léky: Augmentin

Potraviny: ---

Chemické látky: neudává

Jiné: včelí bodnutí

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: ex-kuřák, již 10 let nekouří, dříve 10 cigaret/den

Káva: 2x denně

Léky a jiné drogy: neguje

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: ---

Poslední návštěva urologa: 2013

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s manželkou

Vztahy, role, a interakce v rodině: vztahy bezproblémové, často se vídá s dětmi a vnoučaty, vychází spolu dobře

Vztahy, role, a interakce mimo rodiny: dobré vztahy, mezi sousedy oblíbený, přátelská povaha

Záliby a volnočasové aktivity: sledování TV, luštění křížovek, pobyt na zahradě, vnoučata

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: VŠ, pedagog

Pracovní zařazení: učitel ZŠ, 2. stupeň, aprobace dějepis, český jazyk,

nyní důchodce

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza: věřící

Religiózní praktiky: římskokatolická církev

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 14. 2. 2015

Popis fyzického stavu – Fyzikální assessment		
Systém	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Hlava trochu pobolívá, ale už je to lepší. Léky na bolest zabírají. Trochu mě svědí kůže pod náplastí.“	Hlava spontánně i pokleповě bolestivá frontoparietálně, kde se nachází tržná rána velikosti 5 cm zasahující do podkoží. Šije volná, neoponuje. Bez meningeálního dráždění.
Hrudník a dýchací systém	„Nemám žádné potíže“	Dýchání je spontánní, bez šelestů či jiných vedlejších dechových fenoménů. 16 dechů/min. – eupnoe
Srdcově – cévní systém	„Nepocítuji žádné potíže. Jen při rozčilení mi trochu buší srdce.“	Akce srdeční pravidelná, puls v normě 66/min, dobře hmatný, TK: 140/80 – normotenze.

	Když jsem ještě učil, žáci mi někdy zvedli tlak, teď si užívám klid a moc se nerozčiluju.”	Dolní končetiny bez otoků, bez defektů, bez varixů.
Břicho a GIT	„Mívám problémy s velkou stranou, někdy nejdu i pět dní. Břicho mě nebolí. Naposledy jsem byl asi před třemi dny.”	Břicho měkké, při palpaci nebolestivé, peristaltika přítomna. Stolice nepravidelná, poslední zřejmě 10. 2., pacient trpí zácpou. Dle pacienta je stolice bez patologických příměsí. Játra, slezina a pankreas palpačně nezvětšené.
Močově – pohlavní systém	„Problémy s močením trochu mám. Už to není, co to bývalo. Močím častěji a v menším množství než dříve, na WC se budím i v noci.“	Moč čirá, bez patologického zápachu a příměsí. Tapotement ledvin nebolestivý. Časté nucení na močení.
Kostrově – svalový systém	„Pohyb se zhoršuje. Dělá mi potíže se rozpohybovat, poslední dobou občas zavravorám. Včera jsem spadl, proto mě přivezli sem. Také se mi zhoršil třes rukou.“	Páteř bez skoliósy, palpačně nebolestivé. Oslabení končetin, zhoršení hybnosti a stability, nejistá chůze. Hmatná pulzace do periferie. Šije neoponuje.
Nervově – smyslový systém	„Zhoršila se mi citlivost v rukou, dělá mi potíže například zapínání knoflíků.	Vizus v normě, orientační perimetr bez výpadků, zornice izokorické. Bez ptósy či lagofthalmu.

	Slyším dobře. Oči mi ještě slouží docela dobře, ale na čtení už nosím brýle.”	
Endokrinní systém	„V tomto ohledu nemám žádné potíže.”	Štítná žláza nehmatná, fyziologický nález.
Imunologický systém	„Mám alergii na včelí bodnutí. V létě 2006 mě bodla včela do ramene, začal jsem otékat, špatně se mi dýchalo, syn mě odvezl do nemocnice, tam jsem dostal injekci. Včely mě bodly i dříve, ale to proběhlo bez problémů. Po antibioticích Augmentinu mám vyrážku, která svědí – na celém těle.	Alergii pacient udává na včelí jed – riziko anafylaktického šoku. Léková alergie na ATB – Augmentin, reaguje exantémem. V dětství proběhla dětská onemocnění běžného druhu, bez komplikací. Na lymfatických uzlinách fyziologický nález, nezvětšené.
Kůže a její adnexa	„Potíže nemám, manželka kupuje nějaké hydratační sprchové gely. Kůži mám trochu suchou, jsem už přece jen starší člověk, to je normální. Piju, když mám žízeň, ale nejsem moc žíznivý. Jednou za dva	Kůže je bez zjevných problémů, bez dekubitů, turgor je snížený, jsou přítomny známky dehydratace. Vlasy jsou prošedivělé, bez lupů. Ochlupení těla přiměřené věku. Nehty jsou upravené, zastřižené, viditelná péče o nehty. Na hlavě nalevo v oblasti čela pod vlasy sutura

	<p>roky chodím na kožní, aby mi lékařka prohlédla znaménka, nerad bych dostal rakovinu kůže jako kamarád.”</p>	<p>5cm – po pádu. Rána bez exudátu, okraje ohraničené, bez zápachu, klidná.</p> <p>V levé horní končetině je druhý den zaveden periferní žilní katétr, místo vpichu je bez známek infekce.</p> <p>Tělesná teplota je 36,5 °C.</p>
--	--	---

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	<i>Doma:</i> Jím, na co mám chuť. Vaří manželka, je dobrá kuchařka. Žádnou dietu nedodržuju. Nemám rád zeleninu, ale ovoce si dám. Mám rád sladké a maso.	Pacient má stanovenou dietu č. 3 – racionální. Má zácpu. Nechutenstvím netrpí, žádné další potíže neudává. Při výšce 182 cm váží 95kg, BMI = 28,68 (nadváha).
	<i>V nemocnici:</i> Strava je zde docela dobrá, nemůžu si stěžovat. Dnes za mnou byla manželka a donesla mi pomeranče a sušenky.	
Příjem tekutin	<i>Doma:</i> Piju, když mám žízeň. Většinou ráno čaj, pak 3 – 4 sklenice šťávy nebo džusu a dvakrát za den kávu. Nejraději mám džusy, vodu se sirupem, ovocné čaje nebo mléko.	Pitný režim je nedostatečný. Pacient je pobízek k příjmu tekutin, je plně informován o nutnosti dodržování pitného režimu, částečně spolupracuje v jeho dodržování. Turgor kůže je snížený, pacient je dehydratovaný. Pacient netrpí diabetem, přiměřeně doslazované tekutiny tedy nejsou problémem.
	<i>V nemocnici:</i> Nechutná mi tady čaj. Žena mi přinesla džusy a minerálky. Chutná mi zde i mléko a bílá káva. Piju víc než doma, protože mě pořád napomínáte, že piju málo. Už se ale cítím přepitý.	

Vylučování moče	<p><i>Doma:</i> Únikem moči netrpím, močit ale potřebuji častěji než dříve, když jsem byl mladý.</p> <p>Myslím, že to patří ke stáří.</p>	<p>Mikce bez potíží. Frekvence močení častější – včetně nočního nucení na močení. Bez inkontinence.</p> <p>Moč čirá, bez příměsí, fyziologické barvy i zápachu.</p> <p>Pacient zvládá chůzi na WC v doprovodu ošetrovatelského personálu.</p>
	<p><i>V nemocnici:</i> Nepociťuji větší problémy než doma, ale protože víc piju, musím chodit na WC ještě častěji než doma.</p>	
Vylučování stolice	<p><i>Doma:</i> Mívám zácpu. Naposledy jsem byl na stolici asi před třemi dny, nejsem si jistý. Kromě zácpy ale jiné potíže nemám.</p>	<p>Pacient trpí zácpou.</p> <p>Poslední stolice proběhla dle vyjádření pacienta 10. 2., bez patologie.</p> <p>Ráno podána Lactulosa sirup 1 odměrka.</p> <p>Pacient prozatím nevyprázdněn.</p>
	<p><i>V nemocnici:</i> Tady jsem na stolici zatím nebyl. Břicho mě nebolí, ale rád bych se už vyprázdnil.</p>	
Spánek a bdění	<p><i>Doma:</i> V noci se občas budím, někdy potřebuju na WC, někdy jen tak.</p>	<p>Noční spánek nebyl dostatečný a kvalitní. Pacient spal i přes den.</p> <p>Pacient vyjádřil nespokojenost se standardem nemocničních matrací.</p>
	<p><i>V nemocnici:</i> Minulou noc jsem skoro nespal. Matrace je nepohodlná, doma jsem zvyklý na jinou. Taký nejsem zvyklý</p>	

	<p>trávit celý den v posteli, jako včera. Občas sem v noci přišly sestry. Z chodby byl slyšet šramot.</p>	
Aktivita a odpočinek	<p><i>Doma:</i> Řídím se podle toho, jak se právě cítím. Rád se pohybuju na zahrádce, když je to možné. Poslední dobou cítím větší slabost a také mám větší problém s pohybem, raději posedávám. Při chůzi se snažím přidržovat.</p> <p>Rád si i čtu a sleduji TV.</p>	<p>Pacient je v lůžku plně soběstačný, při pohybu po pokoji potřebuje dopomoc ošetřovatelského personálu.</p> <p>Z důvodu včerejšího pádu a zhoršené hybnosti spočívá spíše v lůžku.</p> <p>Navštívila jej rodina, den tráví pospáváním, posloucháním rádia a sledováním TV.</p>
	<p><i>V nemocnici:</i> Včera jsem ležel jen v posteli, dnes jsem šel se sestrou na WC a byla u mě rehabilitační sestra, ta se mnou chvíli cvičila v posteli a pak jsem s ní chodil po pokoji.</p> <p>Poslouchám tu rádio a sleduji TV. Občas zadřímnu.</p>	
Hygiena	<p><i>Doma:</i> Problémy se mi zhoršují, ale jsem vcelku schopný se o sebe ještě postarat sám. Manželka mi někdy pomůže</p>	<p>Při denních činnostech včetně hygieny je třeba mírné dopomoci a dohledu nad bezpečností pacienta.</p>

	s oblékáním, s knoflíky.	
	<i>V nemocnici:</i> Ráno mi sestry přinesly lavorek s vodou k posteli. Umyl jsem se sám, nechal jsem si od nich jen umýt záda.	
Samostatnost	<p><i>Doma:</i> Většinu věcí si kolem sebe udělám sám. Někdy potřebuji pomoci s oblékáním, když má oblečení moc drobné knoflíky. Jídlo mi většinou chystá manželka, ale to dělala vždycky. Při chůzi se někdy opírám.</p> <p><i>V nemocnici:</i> Včera jsem nesměl chodit, asi se báli, že bych znovu spadl. Dnes už můžu chodit, ale vždycky si musím zavolat sestřičku. Nechci nikoho obtěžovat a chci být schopný se o sebe brzy postarat sám.</p>	<p>Pacient je plně soběstačný v rámci lůžka. Při pohybu po pokoji mu je dopomáháno.</p> <p>Pacient je plně informován o léčebném i ošetřovatelském režimu, rozumí mu a spolupracuje se zdravotnickým personálem.</p>

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí			Pacient při vědomí, lucidní, komunikuje, spolupracuje.
Orientace		Vím, kde jsem - ve zlínské nemocnici na neurologii. Je půlka února, rok 2015. Jmenuji se J. J.	Pacient je plně orientován místem, časem i osobou.
Nálada		Jsem optimista. Se svou nemocí jsem se už smířil, bez problémů není nikdo. Raději Parkinsona než třeba rakovinu. Momentálně se mi moc nelíbí, že musím odpočívat v posteli, ale chápu důvod.	Pacient optimistické povahy. Silné rodinné zázemí, rodina jej navštěvuje i v nemocnici. S diagnózou i progresí nemoci vyrovnaný. Momentálně nespokojený ale srozuměný s režimem v lůžku.
Paměť	Staropaměť	Pamatuji si hodně, ale už i docela zapomínám.	Na CT mozku jsou známky pokročilé korové a periventriculární mozkové atrofie. Výraznější potíže se staropamětí nejsou.
	Novopaměť	Asi odpovídající staršímu	Viz. „staropaměť“.

		člověku. Není to už, co to bývalo, občas si nevybavím ihned, co potřebuji. Nejhorší to ale ještě není.	Pacient doposud nevnímá větší omezení a výraznější poruchy paměti.
Myšlení		Myslím, že ji to zatím docela myslí.	Inteligentní, logické
Temperament		Jsem klidný člověk. Snažím se užívat života a nebrat ho moc vážně.	Sangvinik / flegmatik
Sebehodnocení		Snažím se na všem hledat to lepší. Někdy mě něco zamrzí, nebo se mi něco nedaří, ale to je normální. Máme se ženou pěkný vztah a šikovné a zdravé děti i vnoučata. A dožili jsme se oba důchodu. Co víc si přát.	Pozitivní
Vnímání zdraví		Snažím se o své zdraví starat, vždy jsem dbal na prevenci. K doktorům nechodím rád. Nekouřím a alkohol piju jen výjimečně.	Dbá na prevenci, dodržuje zdravou životosprávu. Návštěvy u lékařů rád nemá.
Vnímání zdravotního stavu		Vím, co obnáší Parkinsonova choroba, něco jsem si o ní přečetl.	Je plně seznámen se svým zdravotním stavem a s léčebným a ošetrovatelským plánem. Uvědomuje si charakter a vážnost nemoci.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		Nejdřív jsem se s diagnózou musel smířit, chvíli mi to	Přiměřená, pacient je optimista.

	trvalo, ale myslím, že existují i horší nemoci. Doufám, že nic horšího mě už nepostihne.	
Reakce na hospitalizaci	Chápu, že musím být teď v nemocnici. Už se těším domů, ale není to tu nejhorší.	Přiměřená, pacient je se vším srozuměn a spolupracuje s personálem.
Adaptace na onemocnění	Dodržuju rozpis léků od doktora. Všímám si, když se mi trochu zhorší stav a štve mě to, ale nic s tím nenadělám.	Léky užívá dle medikace, řídí se radami lékařů a ošetrovatelského personálu.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Vím, že se bude můj zdravotní stav zhoršovat, jsem s tím docela smířený, ale zároveň mám z budoucnosti docela strach. Chci zůstat co nejdéle nezávislý na okolí.	Přiměřený strach z progresu nemoci. Má velmi dobré a plně podporující rodinné zázemí.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	Párkrát jsem již v nemocnici byl, vždycky jsem se rád vracel domů, ale nespokojený jsem v nemocnici nikdy nebyl.	Pacient má jen dobré zkušenosti z předcházejících hospitalizací.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

		OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Komunikace	Verbální	Řeč mírně zpomalená, ale srozumitelná. Adekvátní zdravotnímu stavu.	
	Neverbální	Odpovídající zdravotnímu stavu, méně výrazná mimika.	
Informovanost	O onemocnění	Informován dostatečně.	
	O diagnostických metodách	Informován dostatečně.	
	O léčbě a dietě	Informován dostatečně.	
	O délce hospitalizace	Informován dostatečně. Plně srozuměn s důvodem hospitalizace.	
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace		Primární (související s věkem a pohlavím)	Muž, 67 let.
		Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	Manžel, otec, dědeček.
		Terciální (související s volným časem a zálibami)	Vysokoškolák. Dříve učitel ZŠ. Nyní důchodce. Zahrádkář, oblíbený mezi sousedy s dobrými rodinnými i přátelskými vztahy.

MEDICINSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

- CT mozku – známky pokročilé korové a periventrikulární mozkové atrofie, nález koresponduje s nálezem z května roku 2013. Nitrolební hemoragie, ložiskové patologie neprokázány. Skelet kalvy a base lební bez patologie.
- Krevní odběry – biochemie, ionty, CRP, N – látky, krevní obraz,
- Vyšetření moči – chemicky + sediment

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3 - racionální + tekutiny.

Výživa: per os.

Pohybový režim: krátce po příjmu k hospitalizaci spočíval v lůžku, nutná dopomoc při všech činnostech denní aktivity. Dnes již je pacient po pokoji soběstačný – pod dohledem rehabilitačního nebo ošetřujícího personálu.

RHB: spolupráce s RHB pracovníkem. První den hospitalizace pohyb po pokoji s pomocí chodítka, za asistence RHB pracovníka, nácvik správného držení těla a bezpečné chůze. Poté chůze o francouzských holích, 2x denně péče RHB pracovníka.

Invazivní vstupy:

Periferní žilní katétr zaveden v RZP, na oddělení zkontrolována jeho průchodnost, stav místa vpichu a jeho okolí. Poté asepticky ošetřen a přelepen. Ponechán tři dny. Třetí den PŽK EX., další již nezaveden z důvodu ukončení infuzní terapie. Místo zavedení PŽK bylo po celou dobu ponechání invazivního vstupu bez známek infekce.

Medikamentózní léčba:

Per os			
Název léku	Dávkování	Denní dávkování	Indikační skupina
Stalevo	150 mg	6:00 – 9:00 – 12:00 – 15:00 – 18.00 – 22:00	antiparkinsonikum
Amloratio	5 mg	1 – 0 – 0	antagonista vápníkových kanálů, antihypertensivum
Apo-allopurinol	100 mg	0 – 1 – 0	blokátor tvorby kyseliny močové
Kalnormin	1 gr.	1 – 0 – 0	ionty KCl
Rolpryna	4 mg	0 – 0 – 0 – 1	antiparkinsonikum
Stilnox	10mg	0 – 0 – 0 – 1/2	hypnotikum
Novalgin	500mg	Dlp. při bolesti hlavy	analgetikum
Lactulosa sir.	1 odměrka	Dlp. při zácpě	osmoticky působící laxativum

Intravenózní			
KCl 7,5%	20ml	Podán jednorázově v infuzi FR1/1 500ml	ionty

Zdroj: KNTB, a.s., Zlín a chorobopis pacienta

SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 14. 2. 2015

Pan J. J. s diagnózou Parkinsonova choroba byl přijat na neurologické oddělení 13. 2. 2015 z důvodu kolapsového stavu, kdy cestou na WC zkolaboval.

Pacient je druhý den hospitalizace v kompenzovaném stavu. Ráno afebrilní – tělesná teplota 36,5 °C, krevní tlak v normě - 140/80 torrů, dech pravidelný - 16/min, puls pravidelný - 66/min. Dolní končetiny jsou bez otoků. Turgor kůže je snížený, pacient je postupně rehydratován, je aktivně pobízen k dostatečnému pitnému režimu a je monitorováno množství přijatých tekutin. Dosud vypil 1300 ml. Dieta je stanovena racionální – č. 3, nechutenstvím netrpí, stravu přijímá sám, je mu připravena k lůžku. BMI je 28,68 – pacient má nadváhu. Pacient trpí zácpou, na stolicí nebyl již čtyři dny. Je mu podána Lactulosa sirup – 1 odměrka ráno a následně 1 odměrka v poledne. Efekt se dostavil, pacient se vyprázdnil.

Pacient zvládá běžné denní činnosti s dopomocí ošetrovatelského personálu. Osobní hygienu provádí u lůžka s dolními končetinami svěřenými z lůžka dolů, je mu dopomáháno při mytí dolních končetin a zad. Péči o dutinu ústní, obličej a vlasy zvládá sám. Potřebuje dopomoc při rozepínání a zapínání oděvu a navlékání končetin do rukávů a nohavic.

Během dne spočívá pacient především v lůžku, s dopomocí je schopen vertikalizace do stoje a chůze po pokoji. Pacient se pohybuje za doprovodu rehabilitačního pracovníka a všeobecných sester. Bez opory je stoj nejistý, pacient zvládne drobné krůčky kolem lůžka, po pokoji, na toaletu. Prozatím neproběhla chůze na delší vzdálenost.

Pacient má ponechán periferní žilní katétr, ten je zaveden druhý den, denně je asepticky ošetřován a nejsou přítomny známky infekce. Je orientován místem, časem i osobou, ale při rozhovoru má lehké výpadky paměti.

U pacienta byly hodnoceny následující škály: Barthelův test základních všedních činností, riziko pádu a riziko vzniku dekubitů dle Nortonové. V Barthelově testu základních všedních činností bylo dosaženo skóre 70 bodů, což ukazuje na stupeň lehké závislosti. Při zhodnocení rizika pádu byly dosaženy 2 body, toto skóre svědčí pro přítomnost rizika pádu. Zhodnocení rizika vzniku dekubitu ukazuje 26 bodů, toto skóre nevypovídá o přítomnosti rizika vzniku dekubitu, jde ovšem o hraniční hodnotu.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz ze dne 14. 2. 2015 a jejich uspořádání dle priorit:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Zácpa z důvodu nedostatečného pitného režimu a Parkinsonovy choroby projevující se nízkou frekvencí a obtížnou vyprazdnitelností tuhé stolice – priorita střední.
2. Deficit sebedpěče z důvodu Parkinsonovy choroby projevující se neschopností samostatně vykonávat běžné denní činnosti, Barthelův test = 70 bodů – priorita střední.
3. Narušený spánkový rytmus v souvislosti se změnou prostředí, projevující se noční nespavostí, ranní únavou a pospáváním během dne – priorita střední.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

4. Riziko pádu z důvodu Parkinsonovy choroby a poruchy hybnosti – priorita vysoká.
5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru – priorita střední.
6. Riziko vzniku infekce z důvodu tržné rány na hlavě – priorita střední.

1. *Zácpa z důvodu nedostatečného pitného režimu a Parkinsonovy choroby projevující se nízkou frekvencí a obtížnou vyprazdnitelností tuhé stolice – priorita střední.*

Cíl: Pacient se vyprázdní.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient vypije alespoň 1,5 litru tekutin denně – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient se vyprázdní – do dvou dnů.

Plán intervencí:

- Zajisti dostatečný příjem tekutin a vlákniny – sestra.
- Podej laxativa dle ordinace lékaře – sestra.
- Sleduj vyprazdňování stolice a odchod plynů – sestra.

Realizace:

- 6:30 – pacientovi jsou podány tekutiny.
- 7:00 – pacient je dotázán, zda cítí potřebu k vyprázdnění se.
- 7:30 – pacientovi jsou podána laxativa dle ordinace lékaře – Lactulosa 1 odměrka.
- 7:31 – pacient je upozorněn na potřebu dostatečného pitného režimu, jsou mu poskytnuty další tekutiny.
- 9:00 – 18:00 – pacient je v pravidelných dvou hodinových intervalech pobízen k příjmu tekutin.

- 12:30 – pacientovi jsou opětovně podána laxativa dle ordinace lékaře – Lactulosa 1 odměrka.
- 16:30 – pacient se vyprázdnil.

Hodnocení:

Pacienta je nutné po celý den monitorovat a vybízet k příjmu tekutin. Během dne bylo dosaženo uspokojivé úrovně hydratace pacienta. Ráno byla dle medikace lékaře podána laxativa, z důvodu nedostačujícího efektu byla v poledne ordinace opakována. Pacient se vyprázdnil.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn, nejsou známky zácpy. V naplánovaných intervencích je však třeba i nadále pokračovat.

2. Deficit sebekpěče z důvodu Parkinsonovy choroby projevující se neschopností samostatně vykonávat běžné denní činnosti – priorita střední.

Cíl: Dojde ke zlepšení soběstačnosti pacienta.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Dojde k rozpoznání individuálních potřeb pacienta – do 10 minut.
- Pacient bude provádět sebekpěči na úrovni svých schopností – do 15 minut.
- Dojde ke zlepšení soběstačnosti pacienta – do 3 dnů.

Plán intervencí:

- Zajisti dopomoc při příjmu tekutin a potravy – sestra.
- Zajisti hygienickou péči během dne dle potřeby, alespoň dvakrát denně – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti intimní prostředí při hygienické péči a vyprazdňování – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti dopomoc při oblékání – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti dopomoc při vyprazdňování – sestra, ošetřovatelka.
- Sleduj vyprazdňování moče a stolice – sestra, ošetřovatelka.
- Po vyprázdnění moči a stolice zajisti hygienu rukou a genitálu – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti dopomoc při vstávání z lůžka a pohybu po pokoji – sestra, ošetřovatelka.
- Prováděj s pacientem nácvik sebekpěče – sestra.

Realizace:

- 6:35 – pacientovi byla poskytnuta pomoc v oblasti hygieny – při hygieně dolních končetin a zad.
- 6:45 – pacientovi byla poskytnuta dopomoc při oblékání – při zapínání knoflíků.
- 7:30 – pacientovi byla poskytnuta dopomoc při změně polohy v lůžku, byl posazen s dolními končetinami svěšenými z lůžka dolů.
- 7:35 – pacientovi byla připravena snídaně k lůžku.
- 7:50 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.
- 10:05 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.
- 11:50 – pacientovi byla nabídnuta dopomoc při změně polohy v lůžku, posadit se s dolními končetinami svěšenými z lůžka dolů zvládl již sám.
- 11:52 – pacientovi byl připraven oběd k lůžku.
- 12:15 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.
- 15:05 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.
- 16:30 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.
- 17:05 – pacientovi byla připravena večeře k lůžku.
- 17:40 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.
- 18:35 – pacientovi byla poskytnuta dopomoc při hygieně zad.
- 19:30 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.
- 21:45 – pacientovi byl poskytnut doprovod na WC.

Hodnocení:

S dopomocí personálu pacient zvládá běžné denní činnosti. Při ranní hygieně, která je prováděna u lůžka si pacient sám umyje obličej, horní končetiny, podpaží, trup a genitál. S hygienou dolních končetin a zad dopomáhá ošetrovatelský personál. Úpravu vlasů a hygienu dutiny ústní zvládá pacient sám. Při potřebě vylučování moče i stolice je pacient doprovázen členem ošetrovatelského personálu. V průběhu dne se projevuje

zlepšení soběstačnosti při pohybu po pokoji, chůze se stává jistější. Hygienu rukou zvládá sám. Při příjmu potravy je pacientovi dopomáháno při změně polohy – v průběhu dne je třeba stále menší dopomoci. Strava je pacientovi podána k lůžku. Při obědě mu je poskytnuta pomoc při krájení masa. Příjem stravy zvládá sám. Pacientovi je poskytnuta dopomoc při převlékání – při navlékání rukávů a nohavic na končetiny a zapínání knoflíků na pyžamovém kabátku. Během dne došlo ke zlepšení soběstačnosti na všech úrovních, pacient verbalizuje spokojenost s mírou zlepšení schopnosti sebepéče.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je třeba i nadále pokračovat.

3. Narušený spánkový rytmus v souvislosti se změnou prostředí, projevující se noční nespavostí, ranní únavou a pospáváním během dne – priorita střední.

Cíl: Zlepšení kvality nočního spánku.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient chápe příčiny poruchy spánku – do 1 dne.
- Pacient konstatuje zlepšení spánku – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient spí alespoň 6 hodin v noci – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient chápe a řídí se radami ošetřujícího personálu ke zlepšení kvality spánku – do 1 dne.
- Pacient bude přes den aktivizován – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient nebude přes den jevit známky ospalosti a únavy – po celou dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

- Zajisti hygienu prostředí, vyvětrej, uprav lůžko – sestra.
- Pouč pacienta o spánkové hygieně – sestra.
- Sleduj kvalitu a délku spánku v noci – sestra.
- Sleduj spánek pacienta během dne – sestra.
- Redukuj ošetřovatelské intervence v noci na minimum, zajisti noční klid – sestra.
- Aplikuj lékařem ordinovaná hypnotika či sedativa a sleduj jejich účinnost a efektivnost – sestra.

Realizace:

- 6:30 – 20:00 - pacient byl během dne aktivizován.
- 6:30 – 22:00 - pacient během dne nespál.
- 18:50 – po večerní hygieně bylo pacientovi upraveno lůžko.
- 21:30 - 21:40 - v pokoji bylo vyvětráno.
- 21:30 - dle ordinace lékaře byly podány hypnotika.
- 22:00 – 6:00 - přes noc byl pacient tiše monitorován ošetrovatelským personálem.
- 22:00 – 6:00 - ošetrovatelské intervence byly redukovány na minimum.

Hodnocení:

Pacient chápe příčiny poruchy spánku a plně spolupracuje při plnění intervencí, během dne je aktivizován, nespí. Večer jsou provedeny aktivity k usnadnění navození spánku a pacientovi jsou podána hypnotika dle ordinace lékaře. Efekt se dostavil, spánek byl navozen. Ráno pacient uvádí, že se asi třikrát probudil, ale následně opět usnul. K udržení celonočního spánku nedošlo, pacient ovšem konstatuje zlepšení spánku a udává pocit celkové pohody a odpočatosti.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je třeba i nadále pokračovat.

Celkové zhodnocení pacienta

Pacient byl přijat na neurologické oddělení dne 13. 2. 2015 pro kolapsový stav při diagnóze Parkinsonova choroba. Přivezla jej Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje poté, co doma při cestě na WC upadl.

Pacient je orientován všemi směry, vyskytují se mírné výpadky paměti, plně spolupracuje s ošetrovatelským personálem. Z důvodu dehydratace při přijetí je monitorován příjem tekutin, pacient je pobízen k dostatečnému pitnému režimu a poučen o následcích dehydratace. V den posuzování jeho celkového stavu je již úspěšně rehydratován.

Pacientovi je během celého dne poskytována pomoc při provádění činností denní aktivity. Dle Barthelovy škály v testu základních všedních činností dosahuje pacient stupně lehké závislosti. Zpočátku je zapotřebí dopomoci o větší intenzitě, během dne je schopen zapojovat se do sebepečce výrazněji. Pacient potřebuje pomoc při osobní hygieně – ráno zejména při hygieně dolních končetin a zad, večer již jen při hygieně zad. Dále je potřeba připravit mu stravu k lůžku, zprvu potřebuje pomoc i při změně polohy do sedu, během dne je schopen měnit polohu sám. Při příjmu potravy potřebuje pomoc pouze při krájení tužšího masa, stravu zvládá přijímat sám. Při péči o zevnějšek potřebuje pomoc pouze při oblékání – navlékání končetin do rukávů a zapínání knoflíků. Péči o vlasy, obličej a dentální hygienu zvládá bez pomoci. Pacientovi je dopomáháno při vstávání z lůžka do stoje. Dopomoc je nutná během celého dne. Chůze je zprvu velmi nejistá, pohyb je zprostředkován skrze drobné krůčky. Během dne došlo ke zvýšení jistoty a stability při chůzi po pokoji. Při zhodnocení rizika pádu byla shledána přítomnost tohoto rizika. Pacient je srozuměn s pohybovým režimem, je mu poskytnuta signalizace na dosah ruky a je poučen o nutnosti doprovodu při pohybu po pokoji.

Pacient trpí zácpou. Byl prováděn dohled nad příjmem tekutin, pacient byl edukován o prevenci zácpy a vlivu nedostatečného pitného režimu na obtíže spojené s defekací. Ráno, a pro nedostatečný efekt i v poledne, byla podána Lactulosa, pacient byl poučen o laxativních účincích. Efekt se dostavil, pacient se vyprázdnil. Vzhledem k riziku opakování zácpy bude pokračováno v intervencích zahrnující prevenci zácpy.

Pacient má potíže se spánkovým rytmem. Během celého dne byl aktivizován, aby bylo zamezeno spánku přes den. Večer byl pokoj i lůžko upraven tak, aby bylo zajištěno snazší navození spánku. Dle ordinace lékaře byla pacientovi podána hypnotika. Pacient konstatoval zlepšení kvality spánku a celkový pocit odpočatosti, přestože se během noci třikrát vzbudil. Všechny naplánované intervence byly provedeny, nepřerušeno celonočního spánku dosaženo nebylo, v intervencích je nutno pokračovat i nadále.

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové shledáno nebylo, pacient ovšem dosahuje hraničního skóre. Během dopomoci při hygienické péči jsou zkontrolována predilekční místa pacienta a kůže v rizikových oblastech je promazána.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k pracovním zkušenostem při péči o neurologicko-degenerativně nemocné pacienty předkládám tato doporučení pro praxi.

Doporučení pro pacienty

- Věnovat velkou pozornost péči o své tělo a udržení zdraví.
- Nepřeceňovat své síly, dostatečně odpočívat, naslouchat požadavkům svého těla.
- Nepodceňovat žádné nové nebo zesilující se příznaky nemoci.
- Dodržovat správnou životosprávu a přiměřenou pohybovou aktivitu.
- Chodit na pravidelné preventivní prohlídky ke svému obvodnímu lékaři, pravidelně navštěvovat ošetřujícího neurologa a případně i psychologa.
- Užívat léky dle ordinace lékařů.
- Aktivně řešit vzniklé potíže a problémy, nebát se obrátit pro radu či podporu ke členům rodiny, ošetřujícím lékařům, psychologovi či členům různých hnutí sdružující osoby se stejným nebo podobným postižením.
- Přístupovat k životu pozitivně a aktivně, nerezignovat na svou životní situaci a snažit se udržovat zdravý životní styl.
- Dopřát si v životě radost a příjemné zážitky.

Doporučení pro rodinu

- Být oporou svému nemocnému členu rodiny – vyslechnout si jeho potíže, pomoci mu v oblastech, kde je to možné a aktivně se zapojit do hledání pomoci a nových možností v léčbě.
- Pomáhat nemocnému udržovat kvalitu života a zdravého životního stylu.
- Dle potřeby využít podporu odborníků a osob se zkušenostmi s Parkinsonovou chorobou – psychologů, psychoterapeutů, lidmi ze specializovaných hnutí a spolků.
- Aktivně i pasivně odpočívat, nepřeceňovat své síly.

Doporučení pro zdravotníky

- Zdravotnický personál musí k pacientům přistupovat s empatií a vstřícností.
- K pacientům přistupovat individuálně a všem jeho potřebám věnovat dostatečnou pozornost, poskytovat psychickou oporu.
- Informovat pacienta o léčebných a ošetrovatelských postupech – dle kompetencí jednotlivých pracovníků.
- Přistupovat k pacientovi komplexně, chápat jej jako osobnost se svými bio – psycho – sociálně – spirituálními potřebami.
- Poskytovat nemocným a jejich rodinám rady a doporučení dle své kompetence a možností.

ZÁVĚR

Nervová soustava protkává celý lidský organismus jako pomyslná nitka života. Mozek jako centrum nervové soustavy řídí nejen veškeré funkce našeho těla, ale také naši osobnost, city, chování a celý náš život. Správnou funkci mozku většinou vůbec nevnímáme, považujeme ji za samozřejmou. Pokud ale mozek již nefunguje, jak má, nemocný i jeho okolí si to většinou velmi rychle uvědomí. Neurodegenerativní onemocnění jsou jistou cenou za dlouhý život, objevují se především u starých osob a mnohdy jim není možné nijak výrazně předcházet. Přestože současná medicína neumí nemoc úplně vyléčit, dokáže podstatně zmírňovat příznaky onemocnění, zvýšit kvalitu života nemocných a často také prodloužit jejich život.

Bakalářská práce byla věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta s Parkinsonovou chorobou. Jde o nemoc nervové soustavy, která se projevuje typickým klinickým obrazem, má degenerativní účinky na celý organismus pacienta a postihuje především osoby vyššího věku. Vzhledem ke stárnutí populace roste počet takto nemocných osob.

V teoretické části bylo cílem práce popsat podstatu Parkinsonovy choroby, klinické příznaky, příčiny nemoci, její prevalenci, prognózu, diagnostiku a léčbu.

Praktická část byla zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s Parkinsonovou chorobou během jednoho dne jeho hospitalizace. Byly zde zpracovány tři ošetrovatelské diagnózy. Cíl jedné z nich se podařil splnit úplně, cíle dalších dvou se podařily splnit částečně. Ve všech daných intervencích bylo pokračováno i další dny, které již v práci zdokumentovány nejsou. Součástí praktické části je i doporučení pro praxi. Toto doporučení je určeno pacientům, rodinným příslušníkům a zdravotníkům, kteří pečují o nemocné Parkinsonovou chorobou.

Informace ke zpracování práce jsem získala rozhovorem s pacientem, z jeho zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a při ošetrovatelské péči o něj. Nemocný plně spolupracoval, držel se doporučení personálu a bez problémů odpovídal na položené otázky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

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

DUŠEK, Karel. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 632 s. Psyché. ISBN 9788024716206.

HŮSKOVÁ, Jitka, *Ošetřovatelství – ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha, Grada, 2009. 88.s., ISBN: 978-80-247-2855-1.

KALVACH, Zdeněk. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Vyd.1. Praha: Grada, 2004. 864 s., ISBN: 802-47-703-85

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

KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Grada Publishing a.s., 2013. ISBN: 8024787733.

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

ROTH, Jan, SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. a kol. *Parkinsonova nemoc*. Vyd. 1, Maxdorf. 2009 222 s. ISBN: 80-85800-63-2.

RŮŽIČKA, Evžen., *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby*. Galén. 2004. ISBN: 80-7262-298-6.

SCHULER, Matthias. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. Sestra. ISBN 9788024730134.

SILBERNAGL, S., LANG, F. *Atlas patofyziologie*. Vyd. 2. Praha: Grada. 2012 ISBN: 978-80-247-3555-9.

SKÁLOVÁ, Andrea. *Neurologická onemocnění stále podceňována*. Zdravotnictví a medicína, 2014, roč. 2014, č. 15, s. 46. ISSN: 2336-2987.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, *Multikulturní ošetřovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 248 s., ISBN 802471213X.

ŠRAMKA, Miron, *Vybrané kapitoly z neurologie pro studující ošetřovatelství*. Bratislava: VŠZASP Sv. Alžběty. 2014, 71 s. ISBN: 978-80-89464-24-1.

URGOŠÍK, Dušan — JECH, Robert — RŮŽIČKA, Evžen, et al. *Hluboká mozková stimulace u extrapyramidových poruch pohybu - pražská zkušenost*. Časopis lékařů českých, 2011, roč. 150, č. 4-5, s. 223-228. ISSN: 0008-7335.

VALIŠ, Martin. *Duodopa u pokročilé Parkinsonovy nemoci v klinické praxi*. Neurologie pro praxi, 2014, roč. 15, č. 4, s. 210-212. ISSN: 1213-1814.

VOKURKA, Martin a kol. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Vyd. 3. Praha: Karolinum 2014. ISBN: 978-80-246-2032-9.

Internetové zdroje:

Parkinson - help o.s. Vše o Parkinsonově nemoci: Léky [online]. [cit. 2015-05-24]. Dostupné z: <http://parkinson-help.cz/nemoc-je-tu/leky/#>

Parkinson - help o.s. Vše o Parkinsonově nemoci: Stimulace [online]. [cit. 2015-05-24]. Dostupné z: <http://http://parkinson-help.cz/nemoc-je-tu/operace/stimulace/>

Parkinson - help o.s. Vše o Parkinsonově nemoci: O depresích s psychiatrem [online]. [cit. 2015-05-24]. Dostupné z: <http://parkinson-help.cz/o-depresich-s-psychiatrem/>

ROTH, Jan. *Extrapyramidová sekce: Výskyt nemoci* [online]. [cit. 2015-05-24]. Dostupné z: <http://www.expy.cz/vyskyt-nemoci>

Ordinace.cz: Docent Jan Roth: Pohled na Parkinsonovu nemoc dostal v posledních letech nový směr [online]. [cit. 2015-05-24]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/docent-jan-roth-pohled-na-parkinsonovu-nemoc-dostal-v-poslednich-letech-novy-smer/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Organizace pomáhající parkinsonikům v České republice

Příloha B – Barthelův test základních všedních činností u pacienta J. J.

Příloha C – Literární řešerše

Příloha A - Organizace pomáhající parkinsonikům v České republice

Parkinsonovou chorobou se zabývají například tyto organizace:

ORGANIZACE PARKINSON-HELP - <http://www.parkinson-help.cz>

SPOLEČNOST PARKINSON - <http://www.spolecnost-parkinson.cz>

PARKINSON SLOVÁCKO O.S. - <http://parkinson-slovacko.cz/sample-page/nase-pribehy/muj-pohled-na-parkinsoniky/>

KLUB PARKINSON OSTRAVA -

<http://www.parkinsonostrava.cz/clanky/parkinsonova-choroba.html>

KLUB PARKINSONIKŮ PLZEŇ - <http://www.parkinsonplzen.estranky.cz/>

Příloha B - Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta: J. J.		Datum: 14. 2. 2015	
Věk pacienta: 67 let			
Činnost		Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	S pomocí	5 bodů
2.	Oblékání	S pomocí	5 bodů
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5 bodů
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5 bodů
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10 bodů
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10 bodů
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10 bodů
8.	Přesun lůžko - židle	S malou pomocí	10 bodů
9.	Chůze po rovině	S pomocí 50m	10 bodů
10.	Chůze po schodech	Neprovede	0 bodů

Hodnocení ADL: 70 bodů = lehká závislost

Příloha C – literární rešerše

Lékařská knihovna Krajské nemocnice T. Bati, a.s.

Havlíčkovo nábřeží 600

Téma: Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Klíčová slova: Hypokineze. Ošetrovatelský proces. Parkinsonova choroba. Rigidita. Tremor.

Časové vymezení: 2004 - 2014

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Druhy dokumentů: knihy, časopisy, odborné práce

1. SKÁLOVÁ, Andrea. Neurologická onemocnění stále podceňována. Zdravotnictví a medicína, 2014, roč. 2014, č. 15, s. 46. ISSN: 2336-2987.
2. VALIŠ, Martin. Duodopa u pokročilé Parkinsonovy nemoci v klinické praxi. Neurologie pro praxi, 2014, roč. 15, č. 4, s. 210-212. ISSN: 1213-1814.
3. BALÁŽ, Marek — KIANIČKA, Bohuslav — BAREŠ, Martin. Dlouhodobá terapie intraduodenální levodopou – kazuistiky tří pacientů. Neurologie pro praxi, 2014, roč. 15, č. 3, s. 155-157. ISSN: 1213-1814.
4. MASÁROVÁ, L. — DROTÁR, P. — MEKYSKA, J., et al. Hodnocení písma u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2014, roč. 77, č. 4, s. 456-462. ISSN: 1210-7859.
5. STANĚK, David — KRUPIČKA, Radim — SZABÓ, Zoltán, et al. Systém pro snímání pohybu prstů u pacientů s Parkinsonovou chorobou. In: MEDSOFT Praha : Dům techniky ČSVTS, 1989-. 2014, s. 211-222. ISSN: 1803-8115.
6. SKALA-ROSENBAUM, Romana. Můj život s „Parkinsonem“. Florence, 2013, roč. 9, č. 11, s. 4-5. ISSN: 1801-464X.
7. POLIAKOVÁ, Nikoleta — ČERVEŇANOVÁ, Eva. Využitie kazuistiky vo výučbe neurologického ošetrovatel'stva [[elektronický zdroj]]. In: Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatel'ství. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 2012, s. 45-49. ISBN: 978-80-87347-12-6.
8. BAKSTEIN, Eduard — BURGESS, Jonathan — WARWICK, Kevin, et al. Parkinsonian tremor identification with multiple local field potential feature classification. Journal of neuroscience methods, 2012, roč. 209, č. 2, s. 320-30. ISSN: 0165-0270.

9. 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.
10. FARNÍKOVÁ, Kateřina — BAREŠ, Martin — NESTRAŠIL, I. — KAŇOVSKÝ, Petr. Parkinsonské fenotypy – na cestě k nové nozologii atypických parkinsonských syndromů. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2011, roč. 74, č. 6, s. 641-653. ISSN: 1210-7859.
11. URGOŠÍK, Dušan — JECH, Robert — RŮŽIČKA, Evžen, et al. Hluboká mozková stimulace u extrapyramidových poruch pohybu - pražská zkušenost. Časopis lékařů českých, 2011, roč. 150, č. 4-5, s. 223-228. ISSN: 0008-7335.
12. NOVÁK, Milan. Parkinsonova nemoc. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR, 2011, roč. 21, č. 2, s. 32-38. ISSN: 1212-6152.
13. URGOŠÍK, Dušan — JECH, Robert — RŮŽIČKA, Evžen. Hluboká mozková stimulace u nemocných s extrapyramidovými poruchami pohybu - stereotaktická procedura a intraoperační nálezy. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2011, roč. 74, č. 2, s. 175-186. ISSN: 1210-7859.
14. KANTORKOVÁ, Marie. Demence - vývojová stadia a doporučení. Sestra, 2011, roč. 21, č. 2, s. 71-74. ISSN: 1210-0404.
15. VALKOVIČ, Peter — BENETIN, Ján. Tremor z pohľadu klinického neurológa. Neurologie pro praxi, 2011, roč. 12, č. 1, s. 12-15. ISSN: 1213-1814.
16. UHRÍKOVÁ, Zdenka — RŮŽIČKA, Evžen — HLAVÁČ, Václav — NUGENT, Chris D. TremAn: a tool for measuring tremor frequency from video sequences. Movement disorders, 2010, roč. 25, č. 4, s. 504-506. ISSN: 0885-3185.
17. RŮŽIČKA, Evžen — JECH, Robert — URGOŠÍK, Dušan. Využití hluboké mozkové stimulace v léčbě Parkinsonovy nemoci a dalších extrapyramidových poruch hybnosti. Praha : Iga MZ ČR, 2010. Číslo grantové zprávy: 1A8629.
18. RŮŽIČKA, Evžen — MARTÁSEK, Pavel. Molekulární patologie a patofysiologie neurodegenerativních onemocnění provázených poruchami hybnosti. Praha : Iga MZ ČR, 2010. Číslo grantové zprávy: NR9215.
19. BÁRTOVÁ, Petra — ŠKOLOUDÍK, David — SLONKOVÁ, Jana. Vliv terapie Biosynchron 500 na motorické a non-motorické příznaky u pacientů s Parkinsonovou nemocí - výsledky randomizované studie. Rehabilitace a fyzikální lékařství, 2010, roč. 17, č. 2, s. 58-62. ISSN: 1211-2658.

20. BAREŠ, Martin. Paliativní péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí. *Neurologie pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 1, s. 13-15. ISSN: 1213-1814.
21. BAIN, Peter G. Deep brain stimulation [[elektronický zdroj]]. Oxford : Oxford University Press,, 2009. ISBN: 9780191575471 (electronic bk.); 019157547X (electronic bk.).
22. REKTOR, Ivan — BABIC, Tomislav — BOOTHMANN, Bernard, et al. High doses of rotigotine transdermal patch: results of an open-label, dose-escalation trial in patients with advanced-stage, idiopathic Parkinson disease. *Clinical neuropharmacology*, 2009, roč. 32, č. 4, s. 193-198. ISSN: 0362-5664.
23. BALÁŽ, Marek — REKTOR, Ivan. Chirurgická terapie extrapyramidových onemocnění. *Neurologie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 6, s. 348-352. ISSN: 1213-1814.
24. REKTOR, Ivan. Léčba Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 6, s. 340-346. ISSN: 1213-1814.
25. MACHÁČKOVÁ, Dagmar — KOTTOVÁ, Marie. Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují individuální péči. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 1, s. 35-36. ISSN: 1210-0404.
26. REKTOROVÁ, Irena — BALÁŽ, Marek — SVÁTOVÁ, Jindra, et al. Effects of ropinirole on nonmotor symptoms of Parkinson disease: a prospective multicenter study. *Clinical neuropharmacology*, 2008, roč. 31, č. 5, s. 261-266. ISSN: 0362-5664.
27. ŠTOCHL, Jan — BOOMSMA, Anne — RŮŽIČKA, Evžen, et al. On the structure of motor symptoms of Parkinson's disease. *Movement disorders*, 2008, roč. 23, č. 9, s. 1307-1312. ISSN: 0885-3185.
28. ŠTOCHL, Jan — BOOMSMA, A. — VAN DUIJN, M., et al. Mokken scale analysis of the UPDRS: dimensionality of the Motor Section revisited. *Neuroendocrinology letters*, 2008, roč. 29, č. 1, s. 151-158. ISSN: 0172-780X.
29. ŠONKA, Karel. Porucha chování v REM spánku. *Neurologie pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 5, s. 297-299. ISSN: 1213-1814.
30. ŠTOCHL, Jan. Evaluating model invariance in several populations: the example of multi-sample factor analysis for polytomous data. *Acta Universitatis Carolinae. Kinanthropologica*, 2006, roč. 42, č. 2, s. 5-15. ISSN: 1212-1428.
31. ŠTOCHL, Jan. Nonparametric extension of item response theory models and its usefulness for assessment of dimensionality of motor tests. *Acta Universitatis Carolinae. Kinanthropologica*, 2006, roč. 42, č. 1, s. 75-94. ISSN: 1212-1428.
32. BRÄUEROVÁ, Šárka — SOJKOVÁ, Klára. Ošetřování 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.

33. BACHUROVÁ, Hana. Parkinsonova nemoc a s ní spojená porucha komunikace a řeči. Speciální pedagogika, 2005, Roč. 15, č. 3, s. 194-199. ISSN: 1211-2720.

Cizojazyčné zdroje:

1. Evaluation of measures of upper limb functioning and disability in people with Parkinson disease: a systematic review. Proud EL, Miller KJ, Bilney B, Balachandran S, McGinley JL, Morris ME. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Mar;96(3):540-551.e1. doi: 10.1016/j.apmr.2014.09.016. Epub 2014 Oct 7. Review. PMID: 25301441 [PubMed - indexed for MEDLINE]

2. Dance for people with Parkinson disease: what is the evidence telling us? Shanahan J, Morris ME, Bhriain ON, Saunders J, Clifford AM. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Jan;96(1):141-53. doi: 10.1016/j.apmr.2014.08.017. Epub 2014 Sep 16. Review. PMID: 25223491 [PubMed - indexed for MEDLINE]

3. On "Application of LSVT BIG intervention..." Janssens J, Malfroid KN, Myffeler T, et al. Phys Ther. 2014;94:1014-1023. Tuccitto JA, Guse LC. Phys Ther. 2014 Dec;94(12):1828-9. doi: 10.2522/ptj.2014.94.12.1828. No abstract available. PMID: 25448774 [PubMed - indexed for MEDLINE]

4. Understanding Parkinson disease: an evolving case study. Vernon GM, Carty AE, Salemno CM, Siskind MM, Thomas CA. Nurse Pract. 2014 Oct 15;39(10):1-10. doi: 10.1097/01.NPR.0000453646.44157.83. PMID: 25225972 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5. Determinants of use of a walking device in persons with Parkinson's disease. Bryant MS, Rintala DH, Graham JE, Hou JG, Protas EJ. Arch Phys Med Rehabil. 2014 Oct;95(10):1940-5. doi: 10.1016/j.apmr.2014.06.002. Epub 2014 Jun 19. PMID: 24953250 [PubMed - indexed for MEDLINE]

6. Essential tremor versus Parkinson disease: Make the right diagnosis. Nurse Pract. 2014 Sep 18;39(9):13-6. doi: 10.1097/01.NPR.0000452984.51256.1a. No abstract available. PMID: 25140846 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7. Disexecutive functions and depression in patients with Parkinson disease: the impact on rehabilitation outcome. Pierobon A, Giardini A, Maestri R, Farina C, Callegari S, Torlaschi V, Bertotti G, Majani G, Frazzitta G. Am J Phys Med Rehabil. 2014

Sep;93(9):764-73. doi: 10.1097/PHM.0000000000000092. PMID: 24800716 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8. Parkinson's patient runs an ultra marathon: a case report. Daviet JC, Roy X, Quelven-Bertin I, Jallageas R, Mandigout S, Torny F, Monteil J. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014 Aug;50(4):447-51. Epub 2014 Mar 5. PMID: 24594852 [PubMed - indexed for MEDLINE] Free Article

9. Prospective memory performance of patients with Parkinson's disease depends on shifting aptitude: evidence from cognitive rehabilitation. Costa A, Peppe A, Serafini F, Zabberoni S, Barban F, Caltagirone C, Carlesimo GA. *J Int Neuropsychol Soc*. 2014 Aug;20(7):717-26. doi: 10.1017/S1355617714000563. Epub 2014 Jun 26. PMID: 24967725 [PubMed - indexed for MEDLINE]

10. Neurofunctional correlates of attention rehabilitation in Parkinson's disease: an explorative study. Cerasa A, Gioia MC, Salsone M, Donzuso G, Chiriaco C, Realmuto S, Nicoletti A, Bellavia G, Banco A, D'amelio M, Zappia M, Quattrone A. *Neurol Sci*. 2014 Aug;35(8):1173-80. doi: 10.1007/s10072-014-1666-z. Epub 2014 Feb 20. PMID: 24554416 [PubMed - indexed for MEDLINE]

11. Application of LSVT BIG intervention to address gait, balance, bed mobility, and dexterity in people with Parkinson disease: a case series. Janssens J, Malfroid K, Nyffeler T, Bohlhalter S, Vanbellingen T. *Phys Ther*. 2014 Jul;94(7):1014-23. doi: 10.2522/ptj.20130232. Epub 2014 Feb 20. PMID: 24557655 [PubMed - indexed for MEDLINE]

12. Postural rehabilitation and Kinesio taping for axial postural disorders in Parkinson's disease. Capecci M, Serpicelli C, Fiorentini L, Censi G, Ferretti M, Orni C, Renzi R, Provinciali L, Ceravolo MG. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Jun;95(6):1067-75. doi: 10.1016/j.apmr.2014.01.020. Epub 2014 Feb 5. PMID: 24508531 [PubMed - indexed for MEDLINE]

13. Feasibility, safety and outcomes of playing Kinect Adventures!™ for people with Parkinson's disease: a pilot study. Pompeu JE, Arduini LA, Botelho AR, Fonseca MB, Pompeu SM, Torriani-Pasin C, Deutsch JE. *Physiotherapy*. 2014 Jun;100(2):162-8. doi: 10.1016/j.physio.2013.10.003. Epub 2013 Dec 27. PMID: 24703891 [PubMed - indexed for MEDLINE]

14. Evaluation of implementation of the ParkFit program: A multifaceted intervention aimed to promote physical activity in patients with Parkinson's disease. Speelman AD, van Nimwegen M, Bloem BR, Munneke M. *Physiotherapy*. 2014 Jun;100(2):134-41.

doi: 10.1016/j.physio.2013.05.003. Epub 2013 Aug 21. PMID: 23972329 [PubMed - indexed for MEDLINE]

15. Is highly challenging and progressive balance training feasible in older adults with Parkinson's disease? Conradsson D, Löfgren N, Ståhle A, Franzén E. Arch Phys Med Rehabil. 2014 May;95(5):1000-3. doi: 10.1016/j.apmr.2013.10.024. Epub 2013 Nov 13. PMID: 24239585 [PubMed - indexed for MEDLINE]