

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

**OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTA
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

INKA BERANOVÁ

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTA
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

INKA BERANOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová, RS

Praha 2016

SCAN SCHVÁLENÍ NÁZVU PRÁCE (BEZ NADPISU)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Inka Beranová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Karolíně Moravcové za podporu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu během studia.

ABSTRAKT

BERANOVÁ, Inka. *Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Parkinsonovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha 2016. 70s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Teoretická část se zaměřuje na centrální nervovou soustavu, dále na charakteristiku onemocnění a stručné shrnutí její historie. Pozornost je také dána na etiologii, patofyziologii, klinický obraz, vyšetřovací metody, terapii a rehabilitaci. Teoretická část obsahuje také jak žít s Parkinsonovou chorobou, sociální a právní problematiku v České Republice podle posledních dostupných zdrojů.

Praktická část popisuje pacienta s Parkinsonovou chorobou a jeho současný zdravotní stav. Dále se zabývá zdravotním stavem pacienta v průběhu hospitalizace.

Cílem bakalářské práce je seznámit čtenáře s Parkinsonovou chorobou a její ošetrovatelskou problematikou. Tato problematika je zpracována formou kazuistiky dle modelu Marjory Gordonové u konkrétního pacienta, stanovení aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz.

Klíčová slova

Hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský model. Pacient. Parkinsonova choroba.

AUSZUG

BERANOVÁ, Inka. *Pflegefallbericht eines Patienten mit Parkinson-Krankheit*. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolína Moravcová. Prague. 2016. 70 Seiten.

Das Thema der Bachelorarbeit ist Pflegefallbericht eines Patienten mit Parkinson-Krankheit.

Der theoretische Teil beschäftigt sich mit dem Nervensystem, der Charakteristik einer Erkrankung und fasst die Geschichte zusammen. Die Aufmerksamkeit wird der Ätiologie, Pathofysiologie, Krankheitsbild, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zugewendet.

Der theoretische Teil enthält auch wie man mit Parkinson-Krankheit lebt, die soziale und gesetzliche Problematik in Tschechischen Republik nach letzter zugänglicher Quellen.

Der praktische Teil beschreibt eine Geschichte eines Patienten mit Parkinson-Krankheit und seinen gegenwärtigen Gesundheitszustand und beschäftigt sich mit dem Gesundheitszustand des Patienten im Laufe der Hospitalisierung.

Das Ziel der Bachelorarbeit ist, den Leser mit Parkinson-Krankheit und ihrer Pflegeproblematik kennenzulernen.

Diese Problematik ist in Form Pflegefallbericht nach Major-Gordon-Modell über konkreten Patienten bearbeitet, Bestimmen aktueller und potenzieller Pflegediagnosen.

Schlüsselwörter

Hospitalisierung. Patient. Parkinson-Krankheit. Pflege. Pflegediagnosen. Pflegemodell.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	15
1 PARKINSONOVA CHOROBA	17
1.1 HISTORIE PARKINSONOVI CHOROBY	18
2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE	19
2.1 EXTRAPYRAMIDOVÝ SYSTÉM.....	19
2.2 BAZÁLNÍ GANGLIA	19
3 EPIDEMIOLOGIE	21
4 ETIOLOGIE	22
5 KLINICKÝ OBRAZ	23
5.1 TŘES (TREMOR).....	23
5.2 SVALOVÁ ZTUHLOST (RIGIDITA).....	23
5.3 ZPOMALENOST, CHUDOST A OMEZENÍ ROZSAHU POHYBŮ (bradykineze, akineze, hypokineze).....	24
5.4 PORUCHA STOJE A CHŮZE.....	24
5.5 JINÉ PŘÍZNAKY	25
6 DIAGNOSTIKA.....	26
7 LÉČBA.....	28
8 JAK ŽÍT S PARKINSONOVOU CHOROBOU	30
9 SOCIÁLNÍ A PRÁVNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ.....	32
9.1 DŮCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ	32

9.2	SOCIÁLNÍ DOMÁCÍ PÉČE	33
10	SPOLEČNOST PARKINSON V ČESKÉ REPUBLICE	34
11	O ŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU	35
11.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	35
11.2	ANAMNÉZA	35
11.3	DIAGNOSTICKÁ PÉČE	37
12	HODNOTÍCÍ ŠKÁLY	39
12.1	BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ	39
12.2	RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE STUPNICE NORTONOVÉ	39
13	LABORATORNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	41
14	FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	43
15	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	46
15.1	SITUAČNÍ ANALÝZA	46
16	POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU POTŘEB OŠETŘOVANÉ OSOBY ...	48
16.1	SBĚR INFORMACÍ PODLE MODELU MARJORY GORDON	48
17	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	51
17.1	AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	51
17.2	POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY.....	62
18	EDUKAČNÍ PLÁN	66
19	ZÁVĚR	68
20	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Aktivity denního života
ALT	Alaninaminotransferáza
AS	Akce srdeční
AST	Aspartátaminotransferáza
BG	Bazální ganglie
BMI	Body Mass Index
Cl-	Chloridový iont
COMT	Katechol-O-methyltransferáza
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
D	Dech
EEG	Elektroencefalografie
ECHO	Echokardiografie
GCS	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
HAK	Hormonální antikoncepce
ICHS	Ischemická choroba srdeční
K+	Draslíkový iont
PN	Parkinsonova nemoc
Ldopa	Levodopa
LDK	Levá dolní končetin
LK, PK	Levá komora, pravá komora
MMSE	Mini Mental State Examination
Na+	Sodíkový iont
P	Puls
PET	Pozitronová emisní tomografie
REM	Rapid eye movement, česky rychlé pohyby očí
RTG	Rentgenové vyšetření
TT	Tělesná teplota
Tbl	Tableta

TIA..... Tranzitorní ischemická ataka
TK..... Tlak krve
TSH..... Tyreotropní hormon
USG..... Ultrasonografie
WHO..... Světová zdravotnická organizace
(VALKOVIČ, 2009).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

- Abnormální:** nenormální, odchýlený od řádu, neodpovídající předpisu
- Acetylcholin:** chemická látka, fungující jako neuropřenašeč, který v jistých částech mozku umožňuje přenos impulsů
- Adjuvantní léčba:** doplňující, podpůrná léčba
- Agonista:** stejně působící činitel
- Akrálních:** okrajových
- Algoritmus:** schematický postup
- Amplituda:** maximální hodnota periodicky měnící se veličiny
- Anticholinergika:** skupina látek blokujících účinek acetylcholinu
- Antiparkinsonika:** léky používané v léčbě Parkinsonovi nemoci
- Asymetrický:** nesouměrný
- Automatické:** samočinné
- Deficit:** nedostatek
- Dekubitus:** proleženina
- Demence:** duševní nemoc, která se projevuje oslabením rozumových schopností
- Distální:** vzdálený od středu těla
- Dopamin:** chemická látka, která přirozeně vzniká v mozku obratlovců. Funguje jako neuropřenašeč, který v jistých částech mozku umožňuje přenos impulsů
- Dopaminergní:** týkající se dopaminu
- Dominující:** hlavní, rozhodující, převažující
- Elektorencefalografie:** neinvazivní metoda funkčního vyšetření elektrické aktivity centrálního nervového systému
- Environmentální:** týkající se životního prostředí
- Etiologie:** nauka o příčinách vzniku nemocí
- Erekttilní dysfunkce:** neschopnost udržet penis v dostatečné tuhosti a po dostatečnou dobu nutnou pro kvalitní pohlavní styk
- Expozice:** vystavení
- Familiární:** rodinný
- Flekční:** držení: prohnuté držení
- Genetická predispozice:** dědičná náchylnost

Generalizovat: rozšířit se po celém těle

Gestiklace: pohyby těla (zejména rukou) doprovázející řeč

Hyperhidróza: zvýšené pocení

Chronický: dlouhotrvající, vleklý

Insomnie: nespavost

Intenzita: síla, mohutnost

Kognitivní: poznávací

Kontext: souvislost

Kleptomanie: chorobný sklon k drobným krádežím

Kvantifikace: určování množství

Libido: touha

Manifestace: projev

Manifestují: projevují

Marker: identifikující znak

Motorický: pohybový

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

Neuron: nervová buňka

Neurodegenerativní: vyjadřující zánik nervových buněk

Obstipace: zácpa

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

Patologický: chorobný

Patogeneze: nauka o mechanismech vzniku nemoci

Paradoxní: rozporný, protismyslný

Polymorbidní: trpící větším počtem různých závažných chorob

Polyelektromyografie: vyšetřovací metoda, která se používá pro měření elektrické aktivity svalu a nervu, který daný sval řídí **Progresivní/ progrese:** postupující, šířící se/ postup, šíření

Postencefalitický: po prodělaném zánětu mozku

Proximální: bližší ke středu

Seborea: zvýšená činnost mazových žláz

Selektivní: vybraný

Symptom: příznak

Syndrom: soubor příznaků

Toxický: jedovatý

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

Vaskulární: cévní

(BONNET, 2012).

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Typy léku a účinek

Tabulka 2 Hodnoty vitálních funkcí při příjmu pacienta

Tabulka 3 Měření tělesné teploty během ošetrovatelské péče

Tabulka 4 Měření krevního tlaku během ošetrovatelské péče

Tabulka 5 Barthelův test všedních činností

Tabulka 6 Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové

Tabulka 7 Biochemické vyšetření krve

Tabulka 8 Biochemické vyšetření moče

Tabulka 9 Hematologické vyšetření krve

ÚVOD

Parkinsonova nemoc (PN) je neurodegenerativní onemocnění nervové soustavy, jehož příčiny nejsou dosud jasné. PN je tedy definována jako ztráta dopaminergních neuronů v oblasti bazálních ganglií. Bazální ganglia mají částečně vliv na motorické funkce (kontrolují pohybové schopnosti), na asociační funkce (hrají roli v kognici – rozumových schopnostech) a na limbický systém (hrají roli v emocích).

Dále je také nutno zdůraznit, že PN je chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění, které nelze vyléčit. Lze je však léčit, tj. potlačit či omezit příznaky nemoci, a to dlouhodobě. PN přináší postupem doby pacientům různá nepříjemná omezení a obtíže, obvykle však nezkracuje délku života pacienta (BONNET, 2012).

Pomalu rozvíjející se příznaky onemocnění jsou fyzickou i duševní zátěží nemocných a blízkých o ně pečujících. Subjektivní prožívání nemoci závisí na charakteru pacienta, jak dané onemocnění přijme a jak se odhodlá s danou situací bojovat. Velikou roli hraje dostatek informací o onemocnění, možnostech léčby a pomoci.

U nedostatečně informovaných pacientů se často setkáváme s nepřiměřeným strachem z neznámé choroby. Průběh nemoci si pacient nedokáže představit a jeho úzkost zcela zákonitě umocňuje obtíže stávající i potenciální. Důsledkem jsou těžko zvládnutelné duševní problémy. Ty mají pak negativní dopad na zdravotní stav pacienta. Jasně podaná informace o diagnóze, realistický pohled na vývoj nemoci, pravidelný kontakt s ošetřujícím lékařem a jeho podrobné a srozumitelné vysvětlování léčebného postupu, jakož i věcné vysvětlení konkrétních komplikací mnohdy předejdou zbytečnému trápení (ROTH a kol., 2007).

Vstupní literatura:

1. BONNET, M. a kol., *Parkinsonova choroba: Rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-2620-155-7.
2. ROTH, J. a kol., *Parkinsonova nemoc*. 4 přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-178-3.

Popis rešeršní strategie:

Pro tvorbu bakalářské práce byly použity odborné publikace s názvem Hospitalizace, ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský model a Parkinsonova choroba. Vyhledávání odborných publikací proběhlo v časovém období listopad 2015 až únor 2016.

Jako klíčová slova v českém jazyce byla zvolena slova Hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský model. Pacient. Parkinsonova choroba.

V německém jazyce byly těmito slovy Hospitalisierung. Patient. Parkinson-Krankheit. Pflege. Pflegediagnosen. Pflegemodell.

Hlavní kritéria pro vyhledávání zdrojů pro zpracování bakalářské práce byla odborná literatura odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce v českém a německém jazyce vydaná v časovém období od roku 2008 až po současnost. Pro zpracování rešerše jsem využila rešeršních služeb Národní lékařské knihovny v Praze. Celkem bylo nalezeno 71 záznamů, z toho bylo 19 záznamů ze zahraničních zdrojů, 18 knih, 25 odborných článků a abstrakta, 9 kvalifikačních prací. Průvodní list k rešerši je součástí bakalářské práce v příloze A.

Dále byli pro vyhledávání využity následující vyhledávače:

<http://google.cz/>, <https://is.cuni.cz/webapps/zzp>, www.theses.cz. K nahlédnutí do vyhledaných publikací jsem využila lékařskou knihovnu při mém zaměstnání a to v mostecké a chomutovské nemocnici.

1 PARKINSONOVA CHOROBA

PN je charakterizována jako závažné neurologické onemocnění, jehož výskyt je několikanásobně vyšší mezi lidmi staršího věku. Ačkoli zpravidla neukracuje délku života pacienta, přináší sebou řadu omezujících projevů, které výrazně ovlivňují jeho kvalitu. Jelikož ani v současnosti není v možnostech medicíny toto onemocnění zcela vyléčit, spočívá jeho léčba zejména v potlačení a omezení nežádoucích příznaků a v udržení co možná nejvyšší úrovně kvality života pacientů.

PN souvisí s postupným zánikem neuronů, který:

- začíná v dospělém věku a pomalu se rozšiřuje.
- je dílčí, protože se týká jen některých populací neuronů, konkrétně neuronů struktury zvané substantia nigra, nacházející se v mozkovém kmeni ve středním mozku. Substantia nigra je součástí bazálních ganglií (základních seskupení nervových buněk pod pláštěm mozkové kůry), zajišťuje vstup nervového vzruchu do těchto seskupení a zásobuje striatum (část bazálních ganglií) dopaminem.
- Dále zprostředkovává přenos vzruchů z bazálních ganglií do dalších struktur mozku. Neurony v této části mozku obsahují dopamin, který je přenašečem nervových vzruchů – jsou dopaminergní.
- Hlavní funkcí celého tohoto systému bazálních ganglií je řídit pohyby, zpracovávat motorické informace, které přicházejí z celého mozku přes striatum. Od bazálních ganglií vedou vzestupné dráhy do mozkové kůry a rovněž sestupné dráhy do vnitřní části mozkového kmene. Těmito vzestupnými a sestupnými drahami bazální ganglia kontrolují motoriku. Omezení hybnosti souvisí právě se zánikem neuronů obsahujících dopamin v substantia nigra a v dalších postižených zónách (BONNET, 2012).

1.1 HISTORIE PARKINSONOVI CHOROBY

Poprvé toto onemocnění popsal londýnský lékař James Parkinson v roce 1817 ve své knize „An Essay on the Shaking Palsy“, volně přeloženo jako „Esej o třáslavé obrně“. V této publikaci je popsáno 6 případů onemocnění projevujících se třesem, pohybovou chudostí, svalovou ztuhlostí, poruchou chůze a stoje. Brzy po zveřejnění jeho práce, byl výskyt nemoci potvrzen i dalšími lékaři a poté byla nemoc pojmenována po svém objeviteli (MENŠÍKOVÁ, KAŇOVSKÝ, HLUŠTÍK, 2005).

Příznaky Parkinsonovy nemoci byly již popsány mnohem dříve například v indických eposech (2500 př. n.l.), v Galénových záznamech nebo v dílech Leonarda da Vinciho. James Parkinson je, ale první popsal jako samostatnou klinickou jednotku. Charcot a Growers doplnili popis nemoci a pojmenovali ji po jejím objeviteli, dříve byla známa jako třaslavá obrna. Pokusy o léčbu Parkinsonovi nemoci se objevují v druhé polovině 19. stol., jednalo se o přípravek rostlinného původu s anticholinergním účinkem pod názvem Belladonna. Prvními synteticky vyrobenými léky byla anticholinergika, která tlumila třes. O zásadní průlom v léčbě se zasloužil farmakolog a biochemik Carlsson, který v roce 1958 zjistil, že se v oblasti bazálních ganglií vyskytuje velké množství dopaminu. Následné objevy prokázaly, že Parkinsonovu nemoc způsobuje nedostatek dopaminu v substantia nigra.

V roce 1961 byla poprvé úspěšně použita k léčbě levodopa (L-DOPA), základní výrobní kámen dopaminu. V 60. letech 20. stol. byly objeveny a zkoumány dvě látky (benserazid a karbidopa), které potlačují vedlejší účinky levodopy, kombinace těchto léčiv se používá dodnes a žádný jiný lék jejich účinnost zatím nepřekonal. (ROHT a kol, 2005).

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

2.1 EXTRAPYRAMIDOVÝ SYSTÉM

K extrapyramidovému systému patří bazální ganglia – nucleus caudatus, nucleus lentiformis (tvoří dvě struktury putamen a globus pallidus) a corpus Luysi (nucleus subthalamicus) a z kmenových struktur nucleus ruber, substantia ruber, substantia nigra, někteří ještě do extrapyramidového systému řadí olivární jádra. Uvedené rozdělení je anatomické, funkčně tvoří nucleus caudatus a putamen společně striatum, je fylogeneticky mladší než pallidum a je mu nadřazené. Hlavní průběh mozkových drah extrapyramidového systému je z talamu do striga, ze striga do palida a odtud probíhá největší eferentní dráha bazálních ganglií „ansa lenticularis“ do nucleus ruber, talamu, substantia nigra a retikulární formace tecta.

Kontrola volního pohybu je výsledkem koordinace mozečku, korového a extrapyramidového systému a jejich projekce do předních rohů míšních a jader mozkových nervů. Extrapyramidové syndromy jsou důsledkem patologických stavů různé etiologie postihující bazální ganglia a jejich funkční spojení. V oblasti bazálních ganglií působí řada mediátorů, přičemž hlavní roli má vzájemný poměr acetylcholinu a dopaminu. Dopamin se v nejvyšší koncentraci nalézá v substantia nigra, acetylcholin v putamen a nucleus caudatus (SEIDL a kol, 2007).

2.2 BAZÁLNÍ GANGLIA

Bazální ganglia je společný název pro objemné šedé hmoty (těla neuronů) nacházející se uvnitř hemisfér, které vznikly z bazální části embryonálního telencefalického váčku. Bazální ganglie se vyznačují pestrou enzymovou a mediátorovou výbavou. K bazální ganglii patří nucleus caudatus, putamen, globus pallidus, dále je k nim třeba z hlediska spojení a funkcí počítat claustrum, nucleus subthalamicus a substantia nigra (ČIHÁK, 2007).

Bazální ganglia jsou nejednotnou oblastí, která se skládá z různých jader. **Těmi nejdůležitějšími jsou:**

Striatum – skládá se z nucleus caudatus, putamenu a ventrální části. Putamen dostává své podněty především ze somatosenzorické a motorické kůry, nucleus caudatus zase z nefrontální, temporální, parietální a singulární kůry a ventrální striatum z limbického systému.

Pallidum – je rozděleno na dorzální (globus pallidus) a ventrální část. Pallidum dostává tlumící podněty ze striata a aktivující podněty z nucleus subthalamicus a dále aktivující i tlumící podněty z talamu. Globus pallidus externus má mnoho eferentních, především tlumících projekcí k nucleus subthalamicus, ke globus pallidus internus, ke striatu a k nucleus reticularis thalami.

Nucleus subthalamicus – dostává podněty převážně z motorické kůry a jeho výstupy mají převážně dráždivý efekt. Nucleus subthalamicus je část takzvané nepřímé cesty z nefrontální kůry do talamu. Přes globus pallidus externus spojuje striatum s globus pallidus internus a se substantia nigra.

Substantia nigra – je také rozdělena na dvě části: substantia nigra reticulata a substantia nigra compacta. Substantia nigra má podobné vstupy jako globus pallidus internus a projikuje se dále přes talamus do premotorické a prefrontální kůry. Substantia nigra má mnoho dopaminergních neuronů. Své vstupy dostává ze striata a moduluje podráždění ve striatu a v kůře (GRAWE, 2007).

V bazálních gangliích byly prokázány tři druhy **neuronů** – **dopaminerní** (tvoří mediátor dopamin), **cholinerní** (s mediátorem acetylcholinem) a **gabaerní** (vytvářejí kyselinu gama-aminomáselnou). Jejich vzájemná funkční rovnováha je pro fyziologickou činnost bazálních ganglií nezbytná. Bazální jádra mají bohaté spoje (s mozkovou kůrou, talamem, mozkovým kmenem a jinými strukturami mozku). Jsou zapojena do **extrapyramidových motorických drah** a účastní se **řízení motoriky**. Spolu s mozečkem a mozkovou kůrou se podílejí na plánování, programování a provedení úmyslných pohybů. Ovlivňují napětí svalů, korigují a tlumí mimovolní a nadbytečné pohyby, modulují výstupní informace motorické kůry a integrují plánované pohyby s naučenými nebo vrozenými pohybovými programy (MERKUNOVÁ, 2008).

3 EPIDEMIOLOGIE

Na evropském kontinentu je Parkinsonovou nemocí postižen zhruba každý tisící člověk. Průměrný výskyt na 100 000 obyvatel činí tedy asi 100 případů. Značnou odchylku ovšem můžeme pozorovat u osob starších 60 let. V této skupině je výskyt onemocnění až desetkrát častější, na 100 obyvatel tedy připadá jeden pacient s diagnostikovanou Parkinsonovou nemocí. Onemocnění se vyskytuje po celém světě, nezávisle na ekonomické vyspělosti jednotlivých států. Nebylo zjištěno, že by se tato nemoc vyskytovala ve větší míře u specifické skupiny obyvatel v závislosti na životní úrovni, vzdělání, typu stravy, druhu zaměstnání a podobně. Jediným výrazným ukazatelem je výše zmíněný věk pacientů.

Onemocnění postihuje v téměř stejné míře muže i ženy, nepatrně vyšší počet případů vykazuje mužská část populace. Počátek nemoci je nejčastější mezi 50. a 60. rokem věku. Pacient mladší 40. let tvoří pouze 10 % všech případů a stejný podíl tvoří pacienti, u kterých se nemoc projeví až okolo 70. roku života. Úloha dědičnosti v případě Parkinsonovi nemoci nebyla prokázána. Výjimku tvoří přímý příbuzní pacientů s Parkinsonovou nemocí, u kterých se nemoc projevila před 40. rokem věku a zároveň se v jejich příbuzenstvu vyskytuje více než jeden případ onemocnění touto chorobou (*Parkinsonova nemoc*. [online]. Pharma News, [cit. 2014-11-21]. Dostupné z: http://pharmanews.cz/2006_05/parkinson.html).

V roce 2012 ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky) uváděl v České republice 26.680 nemocných. Z toho je 10-15 % nemocných je Young Onset (onemocní pod 40. rokem věku) a dalších 15 % onemocní pod 50. rokem věku (*Parkinsonova nemoc*. [online]. Google.com, [cit. 2014-11-13]. Dostupné z:<http://parkinson-help.cz/co-je-parkinsonova-nemoc-2/>).

4 ETIOLOGIE

Přesná etiologie choroby není dosud známá, ale za základní kámen řetězce, který vede k projevu nemoci, se považuje degenerace buněk v tzv. černé hmotě – substantia nigra, a to v její části nazývané pars compacta. Tyto buňky produkují jeden z nejdůležitějších přenašečů nervových vzruchů v mozku, nazývaný dopamin. Jeho pokles pod určitou hranici (cca pod 20 % normální hladiny) dává vznik sérii příznaků. Choroba v normální podobě se nepovažuje za dědičnou. Geneticky vázané však mohou být velmi časně případy vzniku Parkinsonovy choroby, spojené s vícečetným výskytem v rodinách. Jde o přibližně 5 % nemocných. V těchto případech se nemoc vyskytuje před 21. rokem věku (VOKURKA a kol, 2010).

V současné době převažuje názor, že etiologie Parkinsonovy choroby spočívá v působení zatím nedefinované chemické škodliviny v potravě, vzduchu nebo vodě na jedince, který je z důvodů genetické predispozice k tomuto dosud neznámému faktoru vnímavý. Není shoda v názoru, zda je důležitější vliv expozice škodlivině (prostředí) nebo vnímavost jedince (genetika). Zastánci vnějšího škodlivého vlivu tvrdí, že většina lidí má geneticky zakódovanou vnímavost k neznámému škodlivému faktoru a že o případném vzniku nemoci rozhoduje intenzita, s jakou je této škodlivině vystaven. Jiní jsou naopak přesvědčeni, že u většiny lidí je tento škodlivý vliv prostředí přítomen a kritickým faktorem, který rozhoduje o vzniku nemoci je geneticky daná vnímavost ke škodlivině (*Etiologie Parkinsonovy choroby*. [online.cz]. Desitin, [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.desitin.cz/indikace/parkinsonova-nemoc/podstata/>).

Co se týká patofyziologie u neléčené Parkinsonovy nemoci. Chybí tam modulační vliv dopaminu v putamen. Deficitem dopaminu dochází k relativnímu útlumu aktivity v přímé dráze a k vzestupu aktivity v nepřímé dráze striatopalidální. Výsledkem je hyperaktivita vnitřního palida vedoucí k inhibici mokortikální projekce, a tím i kortikální motorické aktivity. Terapie L-dopou nebo agonisty dopaminu pak ovlivní striatální receptory a následně aktivitu ve striatopalidálních drahách tak, že se upraví činnost systému bazálních ganglií s obnovením volní hybnosti.

Hypokinetické projevy mohou být chápány jako porucha automatického výkonu vrozených nebo naučných motorických programů (rutin), z nichž se skládá normální pohybová aktivita (WEBERŽINEK a kol, 2005).

5 KLINICKÝ OBRAZ

První obtíže pacientů trpících Parkinsonovou nemocí jsou obvykle necharakteristické: bolesti zad a ramen, pocity tíže končetin, ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost a monotónnost hlasu, zhoršení písma, stav deprese, snížení sexuální výkonnosti atd. Tyto příznaky doprovázejí mnohá onemocnění, a nejsou tedy pro lékaře dobrým vodítkem ke stanovení správné diagnózy. Teprve později se objevují čtyři typické a základní příznaky nemoci, tj. třes (tumor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost a chudost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze) a poruchy stoje a chůze (ROHT a kol, 2005).

5.1 TŘES (TREMOR)

Objevuje se především na končetinách, hlava je třesem postižena velmi vzácně. Může být přítomen třes brady. Začíná obvykle na prstech horních končetin, postupně se rozšíří i na stejnostrannou dolní končetinu a poté přechází na druhou stranu těla, nemusí to být vždy pravidlem. Třes je převážně klidového charakteru, tj. objevuje se v situacích, kdy se nemocný nehýbe a ruce mu spočívají nečinně na podložce či je má svěšené podél těla. Často je třes také dobře patrný při chůzi. Jakmile pacient aktivně pohybuje rukama, např. jí, obléká se, třes se obvykle zmírní. V pokročilejších případech se charakter třesu může měnit, obvykle přetrvává i při pohybech a může obtěžovat i při jídle. Třes u Parkinsonovy nemoci se objevuje z důsledku nedostatku dopaminu v bazálních gangliích a projevuje se nedostatečným útlumem v těchto strukturách. Převáží zde vliv acetylcholinu (ROHT a kol, 2005).

5.2 SVALOVÁ ZTUHLOST (RIGIDITA)

Svalová ztuhlost se projevuje zvýšením normálního svalového napětí, které je potřebné k udržení vzpřímeného postoje a k provedení pohybu. Ztuhlý sval klade při činnosti zvýšený odpor. V časných fázích nemoci bývá svalová ztuhlost příčinou pocitu bolesti či nepříjemného prožitku zvýšeného napětí v ramenou nebo v zádech, neboť ztuhlost

vede k šetření příslušné svalové skupiny a přetížení jiných. Svalová ztuhlost je velmi nepříjemný příznak znesnadňující normální hybnost a nemocní ji obvykle těžko snášejí.

5.3 ZPOMALENOST, CHUDOST A OMEZENÍ ROZSAHU POHYBŮ (bradykineze, akineze, hypokineze)

Tyto projevy jsou nezávislé na míře svalové ztuhlosti. Projevují se ztrátou či snížením schopnosti především začít pohyb, např. vyrazit ze stoje do chůze, postavit se ze sedu atd. Také tzv. automatické pohyby, tj. pohyby, které vykonáváme, aniž bychom na ně mysleli, např. výkyvy horních končetin při chůzi, jsou omezeny, sníženy. Celá spontánnost pohybů je zpomalená, nevýrazná. Je to patrné i na chudé mimice obličeje, řídkém mrkání, tiché, monotónní řeči, zmenšování písma apod. Nemocní velmi těžce snášejí občas se vyskytující náhlé přerušení pohybu (tzv. freezing). Tento pojem označuje situaci, kdy uprostřed pohybu, např. při chůzi, najednou nemocný „strne, ztuhne“ a není chvíli schopen pohybu ani tam, ani zpět. Ve spánku mají mnozí pacienti velmi nepříjemné problémy s neschopností přetočit se ze strany na stranu, změnit polohu svého těla. Budí proto své partnery, aby jim s přetočením pomohli (ROHT a kol, 2005).

5.4 PORUCHA STOJE A CHŮZE

Tyto poruchy jsou nedílnou součástí projevů Parkinsonovy nemoci a patří k příznakům velmi komplikujícím život pacienta. Charakteristické je především sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení končetin. U pacientů s pokročilejší nemocí je typická chůze o drobných, šouravých krůčcích s nejistými, pomalými otočkami, kdy může docházet i k poruše rovnováhy. Mnoho pacientů popisuje, že při chůzi či ve stoji, zvláště v předklonu, mají pocit tahu dopředu či dozadu, který vychyluje těžiště těla. Tento tah je natolik silný, že pacient ztrácí rovnováhu. Protože jeho hybné reakce nejsou dostatečně rychlé, není schopen výchytku trupu vyrovnat a může upadnout.

5.5 JINÉ PŘÍZNAKY

Typický je tzv. **maskovitý obličej**, tj. nedostatečné vyjadřování pocitů ve výrazu tváře. Mimické svalstvo dobře nefunguje a výsledkem je nepřítomný, stále stejný výraz obličeje, působící dojem apatie a nedostatečného reagování na okolní svět.

Porucha řeči se vyskytuje u většiny pacientů. Je to především ztišení hlasu a nedostatečná melodičnost. Rychlost řeči je často zpomalena, ale někteří nemocní trpí v určitých okamžicích i zrychleným tokem drmolivé řeči, což vede k naprosté nesrozumitelnosti.

Porucha písma je pro Parkinsonovu nemoc typická. Dochází k zmenšování písma, někdy již od prvních písmen textu, někdy až ke konci řádky.

Poruchy vegetativního nervstva jsou u pacientů s Parkinsonovou nemocí velmi časté. Je to především výrazný sklon k zácpě, který se mnohdy ještě zhoršuje léky používanými v léčbě Parkinsonovy nemoci. Příznakem také bývá sklon k náhlým poklesům krevního tlaku, který může vést až k pádu a omdlení.

Psychické problémy se u pacientů s Parkinsonovou nemocí objevují velmi často, a to již v raných fázích onemocnění. Jde především o deprese, tj. pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství, kvalitativně odlišné od běžných pocitů zármutků, které zná každý člověk (ROHT a kol, 2005).

6 DIAGNOSTIKA

Základním kamenem diagnózy Parkinsonovy nemoci je anamnéza, klinické vyšetření a odpovídavost pacienta na podání dopaminergního léku (levodopa). V diferenciální diagnóze je nutno vyloučit jiné onemocnění projevující se parkinsonským syndromem. Tato skupina onemocnění je charakterizována malou nebo chybějící reakcí na podání L DOPA, časnou nestabilitou ve stoji a při chůzi s pády, rychlou progresí, nepravidelným a symetrickým třesem a symptomy poruchy vegetativního nervového systému již v časných stádiích (KŘUPKA, B., KŘUPKA, J. *Parkinsonova choroba*. [online]. Neurologie a léčení bolesti, [cit. 2014-11-18]. Dostupné z: <http://krupka9.webnode.cz/news/parkinsonova-nemoc/>).

Pokud se symptomy onemocnění (jak bylo popsáno výše) projeví, je nutné navštívit lékaře a po pravdě a do detailů je vylíčit. Ten nemocného odešle ke **speciálnímu vyšetření v neurologické ambulanci**. Neurolog po přesném zjištění **anamnézy** (příznaků, rodinných dispozic apod.) a po běžném **neurologickém vyšetření** (mimika, reakce, rozsah a průběh pohybu, reakce, svalový tonus), nařídí další upřesňující vyšetření.

Mezi ně patří:

- **Odběr krve.** Vyšetřuje se zde sedimentace, krevní obraz (hladina cukru, jaterní testy, funkčnost ledvin aj.)
- **Sonografie** (ultrazvuk). Zjišťuje se zejména stav krčních tepen, jejich průtok a případné změny.
- **EEG** (elektroencefalograf). Pomocí snímacích elektrod umístěných na povrchu hlavy se během vyšetření zaznamenává aktivita mozku v klidovém stavu v kombinaci se změnou v dýchání, zavírání a otvírání očí apod.
- **CT mozku** (počítačová tomografie). Rentgenové vyšetření mozku, většinou s aplikací kontrastní látky do krve. Snímá celkový stav mozku, cévy či případné změny (*Parkinsonova nemoc*. [online]. [Parkinsonova-choroba.cz](http://parkinsonova-choroba.cz), [cit. 2014-12-03]. Dostupné z: <http://parkinsonova-choroba.cz/parkinsonova-choroba.html>).

- **NMR (nukleární magnetická rezonance).** Podobně jako CT zobrazuje mozek, tentokrát působením silného magnetického pole. Vyšetření se provádí uvnitř úzké kabiny a nesmí jej absolvovat jedinci s klaustrofobií, s kardiostimulátorem a jinými kovovými náhradami v těle (šrouby, svorky, kloubní náhrady apod.)

7 LÉČBA

Protože přesnou příčinu Parkinsonovy choroby dosud lékaři neznají, omezuje se léčba obvykle pouze na zmírnování jejich příznaků. Léčba je velmi specifická, a vyžaduje proto, aby lékař vždy předem u každého pacienta důkladně posoudil všechny okolnosti. Volba nejvhodnějšího léku závisí na věku klienta, stadiu onemocnění a závažnosti příznaků, jimiž se projevuje. Nervové buňky v mozku, které jsou při tomto onemocnění poškozovány, mají, bohužel, minimální schopnost reparace.

Léčbu dělíme na medikamentózní a chirurgickou.

Medikamentózní léčba

Jednotlivé léky užívané k léčbě Parkinsonovy choroby mohou být zařazeny do několika základních skupin podle mechanismu svého účinku. Tento seznam obsahuje různé typy léků užívaných v léčbě Parkinsonovy choroby v době přípravy této informace. O tom, který z léků je pro konkrétní onemocnění konkrétního pacienta optimální, rozhoduje lékař na základě podrobného posouzení stavu pacienta (EXPAINED, 2004).

Tabulka 1 Typy léku a účinek

Typy léku	Účinek
Anticholinergní (antimuskarinová) léčiva	Blokují tzv. cholinergní receptory (kde je přenašečem signálu acetylcholin), a tím zmírňují rigiditu (ztuhlost) svalů a částečně i tremor (třes).
Prekursory dopaminu (L-dopa)	Tyto látky se v mozkových buňkách přeměňují na dopamin, čímž nahrazují nedostatek přirozeně vznikajícího dopaminu. Jedná se o zlatý standard v léčbě Parkinsonovy nemoci.

Inhibitory periferní dekarboxylázy (karbidopa nebo benserazid)	Podávají se obvykle v kombinaci s prekursory dopaminu (L-dopou), aby se tak zvýšilo množství aktivní látky dostávající se do mozku.
Inhibitory katechol-O-methyl-transferázy	Logicky navazují na léčbu levodopou, blokují enzym, který štěpí levodopu na periférii, čímž se zvyšuje množství levodopy, která se dostává do mozku a celkově zefektivňuje tuto léčbu.
Agonisté receptorů dopaminu	Stimulují produkci dopaminových neurotransmiterů nebo se chovají obdobně jako ony.
Inhibitory MAO B (monoaminoxidázy B)	Pomáhají bránit štěpení a odbourávání dopaminových neurotransmiterů.

Zdroj dat: DISEASES EXPLAINED. *Parkinsonova choroba*, Medicína po promoci, 2004

Chirurgická léčba

V ojedinělých případech – pokud se onemocnění projevuje velmi závažnými příznaky nebo pokud je medikamentózní léčba málo účinná – mohou lékaři sáhnout k chirurgickému výkonu v té oblasti mozku, kde se předpokládá ohnisko postižení. Ani operační zákrok ovšem nepřináší úplné vyléčení, nýbrž pouze zmírnění některých příznaků choroby (BALÁT, REKTOR, 2009).

8 JAK ŽÍT S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Choroba neúprosně a postupně snižuje funkční schopnosti pacienta, omezuje stále více jeho pracovní a sociální aktivity až k omezení základní sebeobsluhy. Farmakologie potlačuje většinou úspěšně jednotlivé příznaky, ale nevede nutně k návratu ztracených funkčních schopností. Proto jsou nedílnou součástí léčby režimová opatření a rehabilitace se cvičením.

Základním principem režimových opatření je snaha po zachování maximální soběstačnosti pacienta. Tomu slouží nejrůznější pomůcky, které usnadní pohyb v domácnosti a zjednoduší činnosti spojené s oblékáním a hygienou (odstranění zbytečných předmětů z komunikačních tras, odstranění prahů, odstranění zbytečných schodů, zhotovení úchytů a madel v koupelně a na WC, instalace pákových baterií a nástavců na WC, vybavení holemi, berlemi, chodítka, invalidním vozíkem). I drobnosti jako suché zipy místo knoflíků a tkaniček u bot významně zlepšují handicap u pacientů. Situace na trhu s těmito pomůckami se výrazně zlepšila a je k dispozici množství velmi kvalitních pomůcek, většinou plně hrazených zdravotními pojišťovnami. (knížka)

V denním režimu je nutné na vše věnovat více času, zařazovat dostatek odpočinku, je nutné podporovat jakoukoliv pohybovou aktivitu, procházky a sport. Samozřejmě je výhodou, pokud pacient pokračuje ve svých zálibách.

Pravidelné cvičení je vedle své obecné prospěšnosti důležité k uvolnění hypertonického svalstva a zatuhlých kloubů, někteří dokáží vlivem cvičení překonávat i hypokinezi. Důležitá je počáteční instruktáž pod vedením fyzioterapeuta, event. zacvičení i laického cvičitele. Nesmírný význam mají z psychologického hlediska skupinová cvičení, protože pacienti se setkávají, vyměňují si zkušenosti z řešení různých problémů. Ze zkušenosti se ví, že pacienti se těší na podobné akce, doporučuji hlavně smíšené skupiny žen a mužů, protože se obě skupiny před sebou motivují k lepším výkonům („předvádí se“) (KŘIVOŠÍKOVÁ, 2011).

Úkolem pro specializovaného fyzioterapeuta je reedukace chybných stereotypů a navození různých náhradních řešení, pokud se nedají medikamentózně zvládnout. Např. nemožnost nastartování pohybu (hypokinetický freezing) se dá obcházet různými triky

jako počítáním do kroku, rytmickými zvuky, hudbou, překračováním spár mezi dlaždicemi, překážkou před vykračující nohou aj.

Rekondiční a lázeňské pobyty kromě výše uvedených možností zlepšení pohybové aktivity a naučení různých režimových dovedností mohou přispívat k aktivnímu postoji pacienta při vyrovnávání se s nemocí.

Z hlediska zabezpečení pacienta, který je postižen v produktivním věku, je nutné zajištění častější pracovní neschopností, aby mohl dostatečně regenerovat ubývající síly, zabezpečit odpovídající pracovní zařazení (spíše administrativní povolání), abychom eliminovali negativní dopad pohybového handicapu. Samozřejmě nemožnost trvalého soustavného zaměstnání je důvodem k přidělení částečného nebo plného invalidního důchodu, event. vybavení i dalšími sociálními dávkami, které umožní co možná nejdůstojnější život. Tady už to není otázka zdravotní, ale nastupuje péče vysloveně sociálního zabezpečení. Sem patří i event. umožnění pečovatelské služby, umístění do odpovídajícího zařízení, pokud nemůže pacient bydlet s rodinou, protože samostatný život je mnohdy nepřekonatelnou překážkou (domy s pečovatelskou službou, penziony, domy důchodců apod.) (TRACHTOVÁ, a kol., 2013).

9 SOCIÁLNÍ A PRÁVNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ

Pro většinu pacientů s Parkinsonovou nemoc a jejich rodiny je velký problém získat konkrétní informace o možnostech sociální pomoci a sociálních službách v ČR. Nevědí, kde a jakou mohou hledat pomoc a na co mají ze zákona nárok. Orientace ve státních, charitních či jiných soukromých zařízeních a poskytovaných službách je velice obtížná i pro člověka, který se částečně v této problematice pohybuje.

(VONDRÁČKOVÁ, Z. *Sociální pomoc a sociální služby*. [online]. Miniprůvodce po sociální problematice v ČR, [cit. 2015.01.10]. Dostupné z: www.expy.cz/userfiles/file/KAPITOLA-16_1.pdf).

9.1 DŮCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ

Nemoc sama však nezaručuje přiznání invalidního důchodu. Nejprve musí být posouzen zdravotní stav nemocného a současně musí žadatel splnit potřebnou dobu pojištění.

1. Plně invalidní je občan, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %.
2. Částečně invalidní je občan, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %.

Zdravotní stav zkoumá posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) a posoudí jej podle podkladů od ošetřujícího lékaře. Posudkový lékař České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) poté stanoví vznik invalidity, a to na základě žádosti sepsané na OSSZ.

Parkinsonova nemoc je zařazena do tří skupin z hlediska závažnosti zdravotního postižení:

1. **Lehčí formy:** není nárok na invalidní důchod
2. **Středně těžké formy:** mohou získat částečný invalidní důchod
3. **Těžké formy:** mohou získat plný invalidní důchod (VONDRÁČKOVÁ, Z. *Sociální pomoc a sociální služby*. [online]. Miniprůvodce po sociální

problematice v ČR, [cit. 2015.01.10]. Dostupné z: www.expy.cz/userfiles/file/KAPITOLA-16_1.pdf).

9.2 SOCIÁLNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je pro pacienty s PN prioritní a je velice dobře, že od roku 1990 se stala nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v ČR. Pacientům s PN je zpravidla poskytována dlouhodobá domácí péče, která obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jde o tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců i několika let. U pacientů s PN musíme počítat s tím, že jejich zdravotní stav si dříve nebo později (závisí na průběhu nemoci) vyžádá poskytování DP nad rámec maximálního rozsahu DP a že bude nutné maximální rozsah frekvence domácí zdravotní péče, která je hrazena z fondu zdravotního pojištění (3× 1 h denně), rozšířit i nad uvedený rozsah po písemné žádosti ošetřujícího lékaře a schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Tento typ péče je pro pacienty s PN vhodnější a přijatelnější než jiné formy péče, protože mohou díky DP setrvat co nejdéle v rodině, v prostředí, které důvěrně znají a které jim dodává pocit jistoty.

Sociální a zdravotničtí pracovníci musí v péči o pacienty s PN vytvořit tým, který se bude pravidelně scházet a informovat se o situaci v rodině a volit správnou strategii péče, která se bude v průběhu doby velmi často měnit s ohledem na progresi nemoci. Pracovníci domácí péče musí být v trvalé péči supervizora, protože zátěž pracovníků DP je velice psychicky, ale i fyzicky náročná a může vést až k depresivním stavům nebo syndromu vyhoření, nejen u jednotlivých členů rodiny, ale i u profesionálů (VONDRÁČKOVÁ, Z. *Sociální pomoc a sociální služby*. [online]. Miniprůvodce po sociální problematice v ČR, [cit. 2015.01.10]. Dostupné z: www.expy.cz/userfiles/file/KAPITOLA-16_1.pdf).

10 SPOLEČNOST PARKINSON V ČESKÉ REPUBLICE

Neobyčejně důležitá je podpora okolí a společnosti, samozřejmě v první řadě od rodiny. Jestliže základními rysy onemocnění je sklon k hypoaktivitě, uzavírání se do sebe, k depresím, okolí by mělo citlivě vést nemocného k aktivitě, k zapojení do života rodiny i do společnosti (resocializační prvek je základním rysem moderního přístupu v rehabilitaci). Základem je vytvořit pacientovi podmínky, přinutit jej, aby vše prováděl sám a nedělat vše za něho.

Jednou z možností je i zakládání občanských aktivit jako je v poslední době činnost klubů Společnosti Parkinson (pracují v Praze, Brně, Ostravě). Nemocní se pravidelně scházejí, cvičí, společnost vydává časopis Parkinson, organizují rekondiční pobyty, vycházky, exkurze. Na besedách se nemocní informují o novinkách v léčbě jejich choroby. Lepší informovanost eliminuje jejich strach a pacienti s nemocí lépe bojují. To má dobrý vliv na jejich psychiku a zpětně na jejich klinický stav (*Rehabilitace u Parkinsonovy nemoci*. [online]. Seznam.cz, [cit. 2004-11-19]. Dostupné z: <http://www.reha-arnika.cz/index.php/clanky-a-publikace/138-parkinsonova-nemoc>).

11 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBU

Zpracování ošetřovatelské kazuistiky bude prováděno po dobu 7 pracovních dní na neurologickém oddělení. Na základě analýzy zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru, fyzikálního vyšetření a pozorování pacienta byl zhodnocen jeho zdravotní stav. Posouzení aktuálního stavu potřeb pacienta jsme provedli za využití koncepčního modelu Marjory Gordon. Dále jsme formulovali ošetřovatelské diagnózy dle priorit pacienta a navrhli jsme individuální plán ošetřovatelské péče, který jsme pravidelně vyhodnocovali a aktualizovali. Dále bude v ošetřovatelské kazuistice sestaven ošetřovatelský plán a zhodnocení ošetřovatelských diagnóz.

11.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: muž

Rok narození: 1939

Věk: 75

Adresa: Chomutov

Zaměstnání: důchodce

Národnost: česká

Stav: ženatý

Pojišťovna: 111

Kontaktní osoba: manželka

Datum přijetí: 30.11 2015

Příjmová diagnóza: Celkové zhoršení stavu ve smyslu mobility i kognitivních funkcí

11.2 ANAMNÉZA

Na standardní jednotku neurologického oddělení byl přijat 75 letý pacient kvůli celkovému zhoršení stavu ve smyslu mobility i kognitivních funkcí.

Rodinná anamnéza

- Dcera: Diabetes mellitus

Osobní anamnéza

- Parkinsonova nemoc ve stádiu pozdních hybných komplikací s dyskinezami a demencí
- Stav po CMP
- Arteriální hypertenze
- Stav po apendektomii

Alergická anamnéza

- 0

Farmakologická anamnéza

- Nakom 1 – ½ – 1 – ½ (06 – 10 – 14 – 18 hod.)
- Betaloc 200mg SR ½ – 0 – 0
- Inhibice plus 1 – 0 – 0
- Hipres 10mg 1 – 0 – 0
- Siofor 500mg 1 – 0 – 0
- Dibetix 1 mg 1 – 1 – 1
- Godasal 100mg 0 – 1 – 0

Sociální anamnéza

Pacient má plný důchod, žije s manželkou ve společné domácnosti. Každý den dochází dcera.

Nynější onemocnění

Pacient s Parkinsonovou chorobou ve stadiu pozdních hybných komplikací s dyskinezami. V posledních dvou týdnech postupně zhoršení stavu, jak po stránce hybnosti, tak i zhoršení kognitivních funkcí. Celkově hodně neklidný. Zhoršila se celková ztuhlost, zhoršil se třes na horních i dolních končetinách. Léky užívá pravidelně – tedy ráno v 6

hodin, dcera dochází na 8 hodinu, zvedá ho z postele, ale musí jí pomáhat, sám se nezvedne, během dne pak stav prakticky neměnný, není patrna změna před ani po podání antiparkinsonik.

11.3 DIAGNOSTICKÁ PÉČE

Fyzikální vyšetření

- Pacient při vědomí, orientovaný osobou a místem, dezorientovaný časem
- TK: 160/80mm/Hg, P: 70/min, TT: 36,5°C
- Váha: 77kg, výška 157cm, BMI 31,24
- Hlava: bez známek traumatu, poklepově nebolestivá, výstupy hl. nn. nebolestivé, zornice rozšířené, bulby ve středním postavení, s latencí sleduje volně všemi směry, vážne mrkání pravým okem, jazyk jen lehce povyplázne, středem
- Horní končetiny: chvílemi klidový třes na pravé ruce, obě horní končetiny elevuje do polohy na výdrž, bez poklesu, zvýšený tonus, lehce rigidita
- Dolní končetiny: částečná oboustranná rigidita, z polohy na výdrž oboustranně pozvolný pokles do 7-8 vteřin, dolní končetiny bez otoků a bez známek tromboembolické nemoci
- Hrudník: eupnoe, dýchání čisté P 70/min
- Břicho: klidné, měkké, peristaltika +

Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu

TK: 160/80 mm/Hg	Výška: 157cm
P: 70/MIN	Hmotnost: 77kg
D: 17	BMI: 31,24
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: částečně imobilní

Stav vědomí: Pacient při vědomí, orientovaný osobou a místem, dezorientovaný časem	Krevní skupina: AB, Rh pozitivní
--	----------------------------------

Tabulka 3 Měření tělesné teploty během ošetrovatelské péče

Datum	Tělesná teplota
30. 11. 2015	36,5°C
1. 12. 2015	36,7°C
2. 12. 2015	36,7°C
3. 12. 2015	36,6°C
4. 12. 2015	36,5°C
5. 12. 2015	36,6°C
6. 12. 2015	36,9°C

Hodnoty tělesné teploty během ošetrovatelské péče jsou v normě.

Tabulka 4 Měření krevního tlaku během ošetrovatelské péče

Datum	Krevní tlak
30. 11. 2015	160/80 mm/Hg
1. 12. 2015	160/75 mm/Hg
2. 12. 2015	165/80 mm/Hg
3. 12. 2015	160/85 mm/Hg
4. 12. 2015	155/75 mm/Hg
5. 12. 2015	160/80 mm/Hg
6. 12. 2015	165/85 mm/Hg

Hodnoty naměřené během ošetrovatelské péče odpovídají hypertenzi

12 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

12.1 BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Tabulka 5 Barthelův test všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení, napití	S pomocí	5 bodů
Použití WC	Neprovede	0 bodů
Oblékání	Neprovede	0 bodů
Koupání	Neprovede	0 bodů
Osobní hygiena	Neprovede	5 bodů
Přesun lůžko - židle	Vydrží sedět	3 body
Osobní hygiena	Neprovede	0 bodů
Kontinence moči	Inkontinentní	0 bodů
Kontinence stolice	Občas inkontinentní	5 bodů
Chůze po rovině	Neprovede	0 bodů

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol., 2010

Nejvyšší skóre je 100 bodů.

Pacient je vysoce závislý. (15 bodů)

12.2 RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE STUPNICE NORTONOVÉ

Tabulka 6 Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Schopnost spolupráce	Velmi omezená	2 body
Věk	75 let	1 bod
Stav pokožky	Suchá	1 bod
Přidružené onemocnění	Diabetes mellitus	3 body

Fyzický stav	Velmi špatný	2 body
Stav vědomí	Apatický	2 body
Aktivita	Leží	1 bod
Mobilita	Velmi omezená	2 body
Inkontinence	Převážně moč	2 body

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol.,2010

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Pacient má skóre 16 bodů. Pacient má vysoké riziko dekubitů.

13 LABORATORNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

Biochemické vyšetření krve

Biochemické vyšetření krve bylo provedeno u pacienta 30. 11. 2015

Tabulka 7 Biochemické vyšetření krve

Analyty	Zjištěná hodnota
Urea	14.4 nmol/l
Kreatinin	163 μmol/l
Osmolalita	308
Cholesterol	6,4
Glukóza	6.6

Zdroj dat: Lékařská zdravotnická dokumentace

U pacienta bylo provedeno celkové biochemické vyšetření krve, kde byly zjištěny vyšší hodnoty, které jsem zapsala do tabulky.

Biochemické vyšetření moče

Biochemické vyšetření moče bylo provedeno u pacienta 30. 11. 2015

Tabulka 8 Biochemické vyšetření moče

Analyty	Zjištěná hodnota
pH	5
Glukóza	3
Ketolátky	1

Zdroj dat: Lékařská zdravotnická dokumentace

U pacienta bylo provedeno celkové biochemické vyšetření moče, kde byly zjištěny vyšší hodnoty pH, glukózy a ketolátek, které odpovídají diabetes mellitus.

Hematologické vyšetření krve

Hematologické vyšetření krve bylo provedeno u pacienta 30. 11. 2015

Tabulka 9 Hematologické vyšetření krve

Analyty	Zjištěná hodnota
Leukocyty	$7,0 \times 10^9$
Erytrocyty	$4,31 \times 10^{12}$
Hemoglobin	135 g/l
Hematokrit	0,40 g/l

Zdroj dat: Lékařská zdravotnická dokumentace

Zjištěné hodnoty odpovídají normě.

14 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

1. Nakom

Dávkování: 1 – ½ – 1 – ½ (06 – 10 – 14 – 18 hod)

Léková forma: tablety

Indikační skupina: antiparkinsonika

Účinná látka: levodopum, carbidopum monohydricum

Nežádoucí účinky:

- nevolnost, zvracení, průjem či zácpa, nechutenství, psychické poruchy – neklid, úzkost spojená s poruchami spánku, halucinace, zvýšení agresivity, poruchy vnímání a myšlení

2. Betaloc 200mg SR

Dávkování: ½ – 0 – 0

Léková forma: tablety s prodlouženým uvolňováním

Indikační skupina: antihypertenziva

Účinná látka: metoprololi tartras

Nežádoucí účinky:

- Srdeční poruchy:
 - Časté: bradykardie, posturální poruchy (velmi vzácně doprovázené synkopou), studené končetiny, palpitace

3. Inhibace plus

Dávkování: 1 – 0 – 0

Léková forma: potahované tablety

Indikační skupina: antihypertenziva

Účinná látka: hydrochlorothiazidum, cilazaprilum monohydricum

Nežádoucí účinky:

- Neutropenie, agranulocytóza, trombocytopenie, anémie, bolest hlavy, závratě

4. Hipres 10mg

Dávkování: 1 – 0 – 0

Léková forma: tablety

Indikační skupina: antihypertenziva

Účinná látka: amlodipini maleas

Nežádoucí účinky:

- bolest hlavy, závratě, ospalost, palpitate, zčervenání, bolest břicha, pocit nevolnosti, otoky kotníků, únava

5. Siofor 500mg

Dávkování: 1 – 0 – 0

Léková forma: potahované tablety

Indikační skupina: antidiabetika

Léčivá látka: metformini hydrochloridum

Nežádoucí účinky:

- nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha a ztráta chuti k jídlu, změny chuti
Poruchy kůže a podkoží

6. Dibetix 1mg

Dávkování: 1 – 1 – 1

Léková forma: tablety

Indikační skupina: antidiabetika

Léčivá látka: repaglinidum

Nežádoucí účinky:

- Hypoglykemie, hypoglykemické kóma, hypoglykemické bezvědomí
- Bolest břicha, zvracení, zácpa

- Poruchy zraku

7. Godasal 100mg

Dávkování: 0 – 1 – 0

Léková forma: tablety

Indikační skupina: antikoagulancia

Léčivá látka: acidum acetylsalicylicum, glycinum

Nežádoucí účinky:

- bolest žaludku, nevolnost, zvracení, průjemy (KOCINOVÁ a kol., 2013).

15 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Konzervativní léčba

Dieta: č. 9

Pohybový režim: volný v rámci oddělení, vzhledem ke stavu pacienta je pohyb velmi omezen, nutný zvýšený dohled-riziko pádu, dopomoc při posazování

RHB: denně nácvik postavení, chůze a kondiční cvičení s fyzioterapeutem, trénink kognitivních funkcí

Výživa: příjem per os

Medikamentózní léčba:

Tabulka 10 Medikamentózní léčba

Název léků	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Nakom	Per os	125 mg	1-½-1-½	Antiparkinsonika
Betaloc SR	Per os	200 mg	½-0-0	Antihypertenziva
Inhibace plus	Per os	5mg/12,5 mg	1-0-0	Antihypertenziva
Hipres	Per os	10 mg	1-0-0	Antihypertenziva
Siofor	Per os	500 mg	1-0-0	Antidiabetika
Dibetix	Per os	1 mg	1-1-1	Antidiabetika
Godasal	Per os	100 mg	0-1-0	Antikoagulancia

Chirurgická léčba

Neindikována.

15.1 SITUAČNÍ ANALÝZA

Na standardní jednotku neurologického oddělení byl přijat 75 letý pacient pro celkové zhoršení stavu ve smyslu mobility i kognitivních funkcí. Pacient je při vědomí, orientována místem, osobou i časem. Vertikalizace a chůze schopný pouze s dopomocí, přítomna diadochokinéze. TK 160/80 mmHg, 70 pravidelných pulzů a 14 dechů za minutu, TT 36,5 °C, 157 cm vysoká, 71 kg váhy, BMI 31,24, hydratace snížena.

Pacient s Parkinsonovou chorobou ve stadiu pozdních hybných komplikací s dyskineze mi. V posledních dvou týdnech postupně zhoršení stavu, jak po stránce hybnosti, tak

i zhoršení kognitivních funkcí. Celkově hodně neklidný. Zhoršila se celková ztuhlost, zhoršil se třes na horních i dolních končetinách. Léky užívá pravidelně – tedy ráno v 6 h. Je komunikativní, vstřícný, snaží se o dobrou spolupráci. Všetmu rozumí. Odpovídá přiléhavě. Myšlení logické. V klinickém obraze dominuje třes horních končetin, povšechná hypokinéze a bradykinéze končetin, rigidita horních končetin a chabost dolních končetin s pravostrannou dominancí. Přítomna je i výrazná hypomimie. Pacient trpí zácpou, dle ordinace lékaře podávány laxativa. Dle testu Barthelové vykazuje pacient vysokou závislosti (15 bodů) a vyžaduje pomoc ošetrovatelského personálu při hygieně oblékání, stravování a vylučování stolice či moče. Je rovněž ohrožen rizikem dekubitů (16 body v hodnocení klasifikace dle Nortonové). Úzkost a strach z nemoci a budoucnosti významně ovlivňují její psychický stav, má velkou oporu v rodině, pravidelné návštěvy manželky a dcery.

16 POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU POTŘEB OŠETŘOVANÉ OSOBY

16.1 SBĚR INFORMACÍ PODLE MODELU MARJORY GORDON

Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient hodnotí a bere na vědomí, že jeho zdravotní stav se zhoršil. Snaží se spolu s rodinou dodržovat doporučení lékaře. Léky užívá pravidelně – většinou 3x denně.

Použita měřící technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Výživa – metabolismus

Pacient nemá chuť k jídlu. Rodina se mu snaží poskytnout stravu 3x denně, sní jen ½ porce. Pacient dodržuje dietu vhodnou pro diabetes mellitus č.9. Vypije 1 litr čaje za 24 hodin. Má mírné známky dehydratace. Pacient je schopen přijímat potravu ústy bez problému, poruchy polykání nemá. Pacient má dolní i horní protézu.

Použita měřící technika: Body Mass Index – 31,24 (nadváha)

Ošetřovatelský problém: Nechutenství, nedodržování dietního režimu

Vylučování

Pacient trpí oligurií. Denní diuréza moči je 400-500ml za 24 hodin. Pacient má zaveden permanentní močový katétr. Stolice je občas inkontinentní. Pacient používá plenky.

Použita měřící technika: Bilance tekutin

Ošetřovatelský problém: Inkontinence stolice, riziko vzniku infekce

Aktivita – cvičení

Pacient není schopen s pomocí druhé osoby se přemístit na toaletu, do křesla nebo do koupelny. Rodina se snaží s pacientem každý den rehabilitovat na lůžku.

V době hospitalizace pacient rehabilitoval.

Použita měřicí technika: Barthelův test – 15 b. (vysoce závislí)

Ošetrovatelský problém: Deficit sebepéče

Spánek – odpočinek

Pacient spí 5-6 hodin denně. Po probuzení se cítí odpočatý. Pacient nemá problémy s usínáním.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Vnímání – poznávání

Pacient je při vědomí, orientován osobou, místem i časem.

Použita měřicí technika: Glasgow coma Scale (GCS) – 15 b.

Ošetrovatelský problém: 0

Sebepojetí – sebeúcta

Pacient zvládá situace společně s manželkou. Udává strach z dalšího vývoje onemocnění.

Použita měřicí technika: Rozhovor

Ošetrovatelský problém: Strach z dalšího vývoje onemocnění

Role – vztahy

Pacient bydlí s manželkou, mají jednu dceru, která bydlí jinde. Ale každý ráno v 8 hodin dochází.

Manželka s dcerou se zajímají o zdravotní stav pacienta, spolupracují.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Reprodukce – sexualita

Pacient odmítal odpovídat na tuto otázku.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

V posledních dvou týdnech se u pacienta vyskytlo zhoršení stavu po stránce hybnosti. Zhoršila se celková ztuhlost, zhoršil se třes na horních i dolních končetinách. Největší oporou je pro pacienta manželka s dcerou.

Použita měřicí technika: Stupnice dle Nortonové 16b. (vysoké riziko)

Ošetrovatelský problém: Riziko vzniku dekubitů

Víra – životní hodnoty

Pacient je věřící, křesťansky založený.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Jiné

Pacient má zavedený periferní žilní katétr na horní končetině.

U rozhovoru s pacientem byla manželka s dcerou, které mi také odpovídaly na otázky.

Pacient je rád, že má u sebe svojí rodinu.

Použita měřicí technika: Klasifikace dle Maddona – 0b.

Ošetrovatelský problém: Riziko vzniku infekce

17 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Zpracování ošetrovatelské diagnózy u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Ošetrovatelská diagnóza byla stanovena dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

17.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Snížený objem tekutin v organismu (00027)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Riziko sníženého objemu intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Týká se to rizika dehydratace, samotné ztráty vody beze změny sodíku.

Rizikové faktory:

- Změna psychického stavu
- Snížený kožní tumor
- Snížený výdej moči
- Snížená žilní náplň
- Suché sliznice
- Suchá kůže
- Žízeň
- Slabost

Související faktory:

- Aktivní pokles objemu tělesných tekutin
- Selhání regulačních mechanismů

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude dostatečně hydratován

Cíl krátkodobý: Pacient vypije 1,5-2 litry tekutin za 24 hodin

Výslední kritéria

- Pacient chápe význam dodržování pitného režimu a rizika spojená s nedostatečným příjmem tekutin
- Do 3 hodin Pacient denně vypije 2-2,5 litru tekutin
- Pacient má zlepšený kožní turgor do 1 dne
- Pacient zná a umí využívat pomůcky k usnadnění příjmu tekutin do 3 hodin

Ošetrovatelské intervence

- Sestra sleduje vitální funkce pacienta (zvláště kvalitu pulzu) a tělesné známky dehydratace, koncentraci moče, suchosti sliznic, snížení turgoru kůže, stavu zmatenosti
- Vycházejte z požadavku pacienta při výběru tekutin i potravin s vysokým obsahem vody
- Reagujte nepřetržitě na aktuální požadavky náhrady tekutin i na způsob, kterým mají být podány
- Zajistěte dostatečný přísun tekutin pacientovi
- Pečujte o hygienu dutiny ústní

Realizace

U pacienta jsme sledovali vitální funkce. Měřili jsme krevní tlak, který byl 150/80mm/Hg a odpovídal hypertenzi. Dále byl měřen pulz, který pacient měl 68/min a odpovídá normě. U pacienta jsme zajistili dostatečný přísun tekutin. Nejraději má neperlivou ochucenou vodu. U pacienta byla prováděna hygiena dutiny ústní pomocí glycerínových štětčiček s příchutí citronu. Pacientovi byli nabízeny tekutiny per os každou hodinu. Za 24 hodin pacient vypil 2 litry tekutin.

Hodnocení

U pacienta byl splněn krátkodobý i dlouhodobý cíl. Pacient je dostatečně hydratován a vypije 2 litry za 24 hodin a vymočí 1,5 litru za 24 hodin.

Zácpa (00011)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

Určující znaky

- Bolest břicha
- Citlivost břicha s palpační svalovou rezistencí
- Atypické projevy u starších osob (např. změny psychiky, močová inkontinence, nevysvětlené pády)
- Změna ve vzorci vyprazdňování
- Snížená frekvence stolice
- Snížený objem stolice
- Pociťování plnosti rektu
- Pociťování tlaku v rektu
- Celková únava
- Tvrdá a formovaná stolice
- Poruchy trávení
- Nausea

Související faktory - funkční

- Oslabené břišní svaly

- Nedostatečná fyzická aktivita
- Nedávné změny prostředí

Související faktory – psychogenní

- Deprese
- Emoční stres

Související faktory – mechanické

- Obezita

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se pravidelně vyprazdňuje po dobu hospitalizace, frekvence a konzistence stolice je v mezích normy

Cíl krátkodobý: Pacient netrpí obstipací

Výsledná kritéria

- Pacient vypije denně 2-2,5 litru tekutin
- Konzumuje jídlo bohaté na vlákninu do 1 dne
- Má dostatečnou pohybovou aktivitu do 1 dne
- Má pravidelnou stolicí do 3 dnů
- Pacient se vyprázdní po podání laxativ do 1 dne

Ošetrovatelské intervence

- Sestra zajistí soukromí při defekaci pacienta
- Zjistěte dobu trvání obtíží s vyprazdňováním
- Zjistěte způsob, kterým se pacient dříve vyprazdňoval a všechny faktory, které u něj vyprazdňování podporovaly
- Podat léky dle ordinace lékaře
- Zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění hydratačním krémem

- Dostatečný příjem tekutin

Realizace

Pacientovi bylo zajištěno dostatečné soukromí při defekaci. Požádali jsme spolu ležícího pacienta, jestli by mohl na chvíli do denní místnosti. Obtíže s vyprazdňováním trvaly 6 dní. S pacientem byl proveden rozhovor, kde bylo zjištěno, že se před hospitalizací vyprazdňoval pravidelně každé ráno po ranní kávě. Pacientovi jsme podaly dle ordinace lékaře, po kterém se vyprázdnil. Po vyprázdnění byla zajištěna dostatečná hygiena a ošetření konečníku hydratačním krémem.

Hodnocení

Pacient se po dobu hospitalizace vyprazdňoval každý druhý den. Pacient po dobu hospitalizace netrpěl obstipací.

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky

- Neschopnost dostat se do koupelny
- Neschopnost se sám osušit
- Neschopnost opatřit základní potřeby při koupání
- Neschopnost provést hygienu při koupání

Související faktory

- Slabost
- Omezení pohybu
- Překážka v prostředí

- Zhoršené vnímání
- Silná úzkost

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient netrpí deficitem sebedpěče

Cíl krátkodobý: Pacient bude provádět hygienu na úrovni svých schopností

Výsledná kritéria

- Pacient dokáže v rámci svých možností sám provést hygienu do 3 dnů
- Pacient prokáže schopně používat pomůcky tak, aby dosáhl nezávislosti při hygieně do 3 dnů
- Pacient vyjadřuje uspokojení s provedením hygieny do 4 dnů

Ošetřovatelské intervence

- Podporuj pacienta při vykonávání činností v oblasti hygieny
- Sestra při úkonech osobní péče dbá na soukromí pacienta
- Sestra zajistí příslušné pomůcky
- Umožni pacientovi dostatek času
- Oceňuj vhodnou formu snahu pacienta zapojit se do péče o vlastní zdraví

Realizace

U pacienta byla prováděna celková hygiena každý den na lehátku nebo na lůžku. Pacienta jsme podporovali při vykonávání činností v oblasti hygieny. Dbali jsme na soukromí pacienta, a proto jsme vykonávaly hygienu po celkové hygieně všech pacientů na oddělení. Během hygienické péče byly použity příslušné pomůcky. Pacientovi bylo umožněno dostatek času. Po každé činnosti ať se to pacientovi povedlo nebo ne, byl odměněn pochvalou.

Hodnocení

Krátkodobý cíl byl u pacienta splněn. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, protože je velmi důležité, aby byla přítomna rodina nebo zdravotnický personál. Pacient dokáže sám

vykonávat hygienu, za použití prodloužené mycí houby. Části těla, na které pacient nedosáhne, musí vypomoci zdravotnický personál nebo rodina.

Deficit sebeděče při oblékání (00109)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání

Určující znaky

- Zhoršená schopnost se obléknout a svléknout oblečení
- Zhoršená schopnost si obléknout ponožky
- Zhoršená schopnost si obout a vyzout boty
- Neschopnost používat zipy

Související faktory

- Snížená motivace
- Zhoršené vnímání
- Únava
- Pohybové omezení
- Slabost

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient netrpí deficitem sebeděče

Cíl krátkodobý: Pacient se naučí novému způsobu pečovat o sebe, včetně kompenzačních pomůcek. Pacient bude provádět péči o sebe na úrovni svých znalostí a dovedností

Výsledná kritéria

- Pacient bude provádět péči o sebe na úrovni svých znalostí a dovedností do 5 dnů

- Pacient se naučí novému způsobu pečovat o sebe sama včetně používání kompenzačních pomůcek do 5 dnů
- Pacient prokáže znalost, jak pečovat o sebe sama v dané oblasti do 5 dnů

Ošetrovatelské intervence

- Podporuj účast pacienta
- Poskytni pacientovi dostatek času při provádění činností
- Sestra zajistí, jaké kompenzační pomůcky pacient potřebuje, a zajisti je
- Sestra poskytne pacientovi pomoc v případě nutnosti
- Sestra zapojí blízké do nácviku sebezpečí o pacienta
- Sestra poskytne dostatek informací pacientovi i jeho rodině

Realizace

U pacienta bylo prováděno každý den v rámci rehabilitace oblékání. Byl poskytnut dostatek času. Chválili jsme pacienta za každou snahu, i když se to pacientovi nepovedlo. Rodině byly poskytnuty informace, co se týká kompenzačních pomůcek. Každý den docházela rodina, která byla zapojena do nácviku sebezpečí pacienta. U pacienta jsme používali pomůcky, které slouží k zapínání zipů a knoflíků, navlékač ponožek, který ulehčuje oblékání bez nutnosti ohýbání a prodlouženou lžící na boty.

Hodnocení

U pacienta byl částečně splněn krátkodobý cíl. Dlouhodobý cíl nebyl splněn z důvodu zhoršení stavu hybnosti.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky

- Snížená reakce

- Obtíže při přetáčení
- Omezený rozsah pohybu
- Omezená schopnost provádět jemnou a hrubou motoriku
- Nekoordinované pohyby
- Třes při pohybu

Související faktory

- Kognitivní poškození
- Nadváha
- Ztuhlost kloubů
- Úbytek svalové síly
- Neuromuskulární poškození
- Snížení svalové síly

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient s pomocí ujde 5 metrů

Cíl krátkodobý: Pacient se samostatně posadí na lůžku se svěřenými dolními končetinami

Výsledná kritéria:

- Pacient zná a je poučena o pravidelném užívání léků a to zejména L-dopy, která má vliv na zlepšení pohyblivosti do 1 hod.
- Zlepšení třesu, bradykinézy, hypokinézy a ztuhlosti do 5 dnů
- Pacient je schopný chůze samostatně nebo s pomůckami do 5 dnů

Ošetrovatelské intervence

- Pobízej pacienta v péči o sebe sama
- Fyzioterapeut každý den pobízí pacienta k aktivitě
- Sestra dbá na bezpečnost pacienta, a to včetně úpravy prostředí
- Sestra pečuje o kůži pacienta
- Dle indikace kontaktuj fyzioterapeuta, konzultuj s ním individuální program mobility a doporučení pomůcek, spolupracuj s ním, při rehabilitaci se řiď jeho pokyny (sestra, zdravotnický asistent)

- Sestra společně s fyzioterapeutem sestaví rozvrh tak, aby se střídala chůze a cvičení s odpočinkem

Realizace

S pacientem jsme trénovali první 3 dny posazování na lůžku se svěřenými končetinami. Zajistili jsme pomůcky k tomu potřebné jako je madlo k usnadnění pohybu. Za každou činnost, kterou pacient prováděl, byl odměňován pochvalou. Po 3 dnech rehabilitace na lůžku se s pacientem zkoušelo stání u lůžka a pár kroků kolem lůžka za pomoci rehabilitačních sester.

Hodnocení

U pacienta byl splněn částečně krátkodobý cíl i dlouhodobý cíl. Pacient s pomocí zdravotnického personálu se dokázal posadit na lůžku a dokázal i pomalými krůčky ujít 2-3 metry.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

Určující znaky

- Pacient má obavy, udává strach
- Má sníženou sebejistotu
- Pacient udává zvýšené napětí a trému

Kognitivní

- Snížená schopnost učit se
- Identifikuje strach, odmítá řešit problémy z důvodu zhoršení stavu

Fyziologické

- Nechutenství, sucho v ústech

- Únava
- Zvýšený krevní tlak
- Nausea, bledost

Související faktory

- Hospitalizace
- Neznámé prostředí
- Zhoršené smyslové vnímání

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacient chápe strach a mluví o něm do 6 hodin
- Pacient umí odlišit zdravý strach od nezdravého do 8 hodin
- Pacientka se naučí vhodné techniky zvládnání strachu do 1 dne

Cíl dlouhodobý: Pacient se snaží eliminovat zdroj strachu

Cíl krátkodobý: Pacient je schopen komunikovat o strachu

Ošetrovatelské intervence

- Buď pacientovi na blízku, naslouchej mu, povzbuzuj ho
- Dávej prostor pro možnost dotazy pacientovi
- Podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim porozuměl
- Požádej další členy zdravotnických pracovníků o pomoc při nedostatečné informovanosti pacienta
- Snaž se pacienta odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací

Realizace

Pacientovi byl umožněn každý den rozhovor v rámci zvládnání stresu. Dávali jsme pacientovi dostatek času na dotazy, které mu byli vysvětleny. Některé otázky jsme konzultovali se zdravotnickým pracovníkem. S rodinou bylo konzultováno o nejlepší

relaxaci pro pacienta a poradili jsme rodině, že mohou donést pacientovi rádio s hudbou, kterou má pacient rád.

Hodnocení

U pacienta byl krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl. Pacient nedokáže eliminovat zdroj strachu.

17.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY

Riziko pádu (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory

- Věk nad 65 let
- Používání pomůcek při pohybu

Environmentální

- Neuspořádané prostředí
- Chybí protiskluzový materiál ve sprše
- Zábrany

Fyziologické

- Oslabení dolních končetin
- Potíže s chůzí
- Zhoršená fyzická síla
- Inkontinence
- Únava

Priorita: nízká

Výsledná kritéria

- Pacient poučen o riziku pádu do 6 hodin
- Pacient názorně ukáže správné vstávání z lůžka 8 hodin
- Názorně pacient ukáže, jak používá kompenzační pomůcky do 6 hodin
- Pacient bez pádu po dobu hospitalizace

Cíl dlouhodobý: U pacienta nevznikne riziko pádu

Cíl krátkodobý: Zabránění pádu použitím vhodných kompenzačních pomůcek. Pacient zná rizikové faktory a bezpečnostní opatření.

Ošetrovatelské intervence

- Sestra zjistí, zda si pacient uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření
- Sestra zajistí bezpečné prostředí v okolí pacienta
- Sestra Zajistí dohled nad pacientem
- Sestra informuje a seznámí pacienta se všemi bezpečnostními opatřeními
- Sestra zajistí bezpečnost pacienta při všech léčebných a ošetrovatelských výkonech

Realizace

Pacienta byl informován o bezpečnosti. Uvědomuje si všechny rizikové faktory a bezpečnostní opatření. Bylo zajištěno u pacienta bezpečné prostředí (postranice). Pacient měl dostatečný dohled. Pacient byl v bezpečí při všech léčebných i ošetrovatelských výkonech. Při rehabilitaci měl pacient vhodnou obuv.

Hodnocení

U pacienta byl dlouhodobý i krátkodobý cíl splněn. U pacienta nedošlo k pádu.

Riziko narušení integrity kůže (00047)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko změny v epidermis anebo dermis

Rizikové faktory - vnější

- Věk
- Vlhkost
- Mechanické faktory (např. tlak)

Rizikové faktory – vnitřní

- Změny kožního tumoru
- Poškození metabolismu
- Obezita
- Omezený pohyb

Priorita: střední

Výsledná kritéria

- Pacient poučen o přetáčení na lůžku do 6 h
- Pacient polohován každé 2 h

Cíl dlouhodobý: U pacienta nevzniknout dekubity

Cíl krátkodobý: Zabránění vzniku dekubitů

Ošetrovatelské intervence

- Sestra zhodnotí stupeň rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové
- Sestra kontroluje denně kůži na predilekčních místech
- Sestra udržuje kůži v čistotě a v suchu prostřednictvím pravidelné hygienické péče
- Zdravotnický asistent či sestra promazává pravidelně pacienta
- Sestra či zdravotnický asistent polohuje pravidelně pacienta
- Sestra či zdravotnický asistent provádí častou výměnu osobního i ložního prádla

Realizace

U pacienta je stupeň rizika vzniku proleženin dle stupnice Nortonové 16 bodů což vede k vysokému riziku dekubitů. U pacienta jsme denně kontrolovali kůži po ranní hygieně. Pacient měl každé ráno čistou košili i ložní prádlo. Poté jsme kůži dostatečně promazávali. Každé 2 hodiny jsem polohovala pacienta.

Hodnocení

Dlouhodobý cíl i krátkodobý cíl splněn. U pacienta nevznikly dekubity.

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory

- Chronické onemocnění (DM, obezita)
- Nedostatek informací o hygienických postupech při i.v. vstupech
- Kouření

Priorita: nízká

Výsledná kritéria

- Pacient poučen o hygienických postupech do 6 hodin

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez infekce

Cíl krátkodobý: Omezit vznik infekce

Ošetrovatelské intervence

- Při manipulaci s periferním žilním katétrem přistupovat přísně asepticky
- Včas diagnostikovat známky infekce v místě
- Dodržujeme správný postup při udržování kanyly
- Sestra kontroluje pravidelně kanylu
- Sestra kontroluje pravidelně průchodnost kanyly

Realizace

Při manipulaci s periferním žilním katétrem jsme postupovali přísně asepticky. U pacienta jsme kontrolovali kanylu a i průchodnost kanyly. Pravidelně bylo kontrolováno místo zavedení kanyly a výměna kanyly byla po 48 hodinách.

Hodnocení

U pacienta byl krátkodobý cíl i dlouhodobý cíl splněn. Pacient je bez známky infekce.

18 EDUKAČNÍ PLÁN

Edukace pacienta s Parkinsonovou chorobou

1. Deficit znalostí v oblasti používání kompenzační pomůcek

Cíl edukace:

- Kognitivní oblast – pacient zná vhodné aktivity s použitím kompenzačních pomůcek
- Psychomotorická oblast – pacient dokáže používat vhodné kompenzační pomůcky
- Afektivní oblast – pacient chápe využitelnost kompenzačních pomůcek

Forma: individuální

Metoda: slovní vyjádření, názorná ukázka

Místo edukace:

- Neurologické oddělení, Chomutov
- U lůžka pacienta

Časová dotace: 2 dny

Pomůcky: stravování (speciální příbor + speciální pásek k připevnění k ruce), oblékání (navlékač ponožek, který ulehčuje oblékání bez nutnosti ohýbání; pomůcky, které slouží k zapínání zipů a knoflíků; prodlouženou lžící na boty).

Vyhodnocení:

Pacient spolu s rodinou má dostatek znalostí s používáním kompenzačních pomůcek

2. Edukace pacienta v oblasti oblékání projevující se zhoršené schopnosti obléknout se a svléknout se

Cíl edukace:

- Kognitivní oblast – pacient zná všechny potřebné kompenzační pomůcky ke zlepšení svých činností v oblasti oblékání

- Psychomotorická oblast – pacient dokáže používat vhodné kompenzační pomůcky k oblékání
- Afektivní oblast – pacient chápe využitelnost kompenzačních pomůcek, které mu pomohou se zvládnutí zátěže v oblasti oblékání

Forma: individuální se zapojením rodiny pacienta

Metoda: slovní vyjádření

Místo edukace:

- Neurologické oddělení, Chomutov
- U lůžka pacienta

Časová dotace: 2 dny

Pomůcky: navlékač ponožek, který ulehčuje oblékání bez nutnosti ohýbání; pomůcky, které slouží k zapínání zipů a knoflíků; prodlouženou lžící na boty

Vyhodnocení:

Pacient spolu s rodinou zná všechny potřebné kompenzační pomůcky vhodné k oblékání a dokážou je praktikovat.

19 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se snažili poskytnout ucelený pohled na PN, její anatomii, etiologii, klinický obraz, možnosti léčby a také i na její rehabilitaci. Rehabilitace je nejdůležitější část terapie PN. Veliký podíl na zlepšení stavu pacienta s touto chorobou je spolupráce rehabilitačních sester, které jsou schopni usnadnit pacientovo trápení a zlepšit tak kvalitu života nemocného. Nesmíme zapomenout, že vzájemná komunikace a snaha nemocného provádět věci účelně vede ke zlepšení kvality života. Parkinsonova nemoc je stav, kdy člověk upadá dřív nebo později do stavu bezmocnosti. Týká se to jak fyzické, tak i psychické stránky. Pro nemocného člověka je velmi důležitá podpora rodiny, přátel a známých. To nejmenší co můžeme pro pacienta udělat je, že se budeme snažit zachovat jeho kvalitu života. Uspokojování potřeba pacienta je náplní práce sester a je důležité, abychom to měli na paměti. Pokud je pacient hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení chybí nepřetržitá sociální podpora ze strany rodiny a blízkých, tato chybějící část by měla být zastoupena zdravotnickým personálem v první řadě sestrami.

V praktické části jsme sledovali hospitalizovaného pacienta a byl sestaven ošetrovatelský plán, kde byli stanoveny dva základní cíle péče. V úvodu jsou popsány základní údaje, týkající se pacienta. Hlavní a přidružené diagnózy, místo hospitalizace, lékařská vyšetření a léčba nemocného. V rámci spolupráce s pacientem byla popsána anamnéza a vstupní vyšetření včetně provedených testů. Na základě rozhovoru s pacientem, ale také s rodinou byl sestaven plán ošetrovatelské péče. S ošetrovatelským plánem bylo seznámeno zbytek zdravotnického týmu včetně rodiny. Rodina se aktivně zapojovala do ošetrovatelského plánu.

Zpočátku byla velmi obtížná spolupráce s pacientem v důsledku slabosti a ztuhlosti končetin a také z důvodu negativního naladění pacienta. Pacienta odmítal pomoc a měl velmi negativní postoj, poté co přišla manželka se vše změnilo. Informovali jsme jí o tomto problému a hned druhý den se pacienta aktivně zapojoval do plánu ošetrovatelské péče. S postupem času docházelo k výraznému zlepšení pacientova stavu, a mělo to velmi pozitivní vliv na psychický stav pacienta. Během terapie pacient dokázal s pomocí zdravotnického personálu se posadit na lůžku a dokázal i pomalými krůčky ujít 2-3 metry.

Pro bakalářskou práci byl vybrán pacienta s PN, protože toto onemocnění se čím dál tím více vyskytuje.

Je důležité si uvědomit že, Parkinsonova nemoc není jen onemocnění týkající se jednotlivce. Má dopad také na rodinu a blízké, kteří by měli trpělivou péčí vytvořit vhodné prostředí pro hodnotný život nemocného. Rodina hraje velmi důležitou roli. Proto při edukaci pacienta nesmí zdravotnický tým zapomínat také na rodinu. Všeobecná sestra by měla předat dostatek informací o této chorobě a možné důsledky, které při této chorobě mohou nastat s odstupem času. Upozornit rodinu, aby dala dostatek času nemocnému při zvládání jednoduchých úkonů a aktivně ho zapojovala do jednoduchých aktivit. Naše snaha je co nejdéle dobu udržet kvalitu života nemocného.

Člověk je jednotka bio-psycho-sociální, musíme počítat s tím, že i vliv psychiky velmi ovlivňuje spolupráci s pacientem. Zdravotnický tým by měl mít velkou trpělivost při spolupráci s pacientem a raději opakovat vícekrát úkony, které s pacientem budeme provádět, než aby docházelo ke špatnému porozumění. Proto trpělivost a empatie jsou dvě důležitá slova při práci s pacientem.

Snažily jsme se vytyčené cíle a poznatky soustředit hlavně pro aplikaci v praxi. Poukázat na nezastupitelnou roli všeobecné sestry v tomto ošetrovatelském procesu.

Mým přáním by bylo, abych mohla nově získané zkušenosti využít ve své další práci s pacienty.

20 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Parkinsonova choroba přináší pacientovi řadu omezení a má velký dopad na jeho psychickou stránku.

Zdravotnický personál a hlavně všeobecné sestry by měly dbát na správnou komunikaci s pacientem:

- Zajistit klidné prostředí pro komunikaci
- Vyjádřit vůli komunikovat
- Zaměřit se na komunikační dovednosti pacienta a rozvíjet je
- Mluvit jasně a v krátkých větách
- Zajistit pacientovi dostatek času pro zpracování informací a vyjádřit se
- Pomoci a nabízet vhodná slova
- Ověřit zda pacient správně porozuměl
- Nikdy pacienta nenutit k rozhovoru, pokud on sám nechce

Komunikaci všeobecná sestra začíná pozdravem a oslovením pacienta jménem. Zdvořilý a vstřícný úsměv sestry signalizuje ochotu komunikovat. Úsměv, upravený vzhled a příjemné vystupování odráží osobnost všeobecné sestry. Komunikace vyžaduje důvěru, empatii a srdečnost, je projevem úcty a respektu k lidské důstojnosti. U pacienta s Parkinsonovou chorobou jsou tyto dovednosti všeobecné sestry nejdůležitější a měli bychom je brát jako prioritní.

21 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALÁT, M. 2011. Nová MDS-UPDRS škála v kvantifikaci příznaků Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 12(Supplementum G), 16. ISSN 1213-1814.
- BONNET, M. a kol., *Parkinsonova choroba: Rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-2620-155-7.
- ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1132-X.
- DISEASES EXPLAINED. *Parkinsonova choroba*, Medicína po promoci, 2008
- GRAWE, K. *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-311-6.
- DOSTÁL, V. a kol., *Výživa u Parkinsonovy choroby*. 1. Vyd. Praha: Mladá fronta-medical services, 2010. ISBN 978-80-204-2362-7.
- MENŠÍKOVÁ, K. a kol., 2013. James Parkinson a jeho doba (k výročí narození Jamese Parkinsona, 11. dubna 1755). *Neurologie pro praxi*. 14(2), 111–114. ISSN 1213-1814.
- MERKUNOVÁ, A. a kol., *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
- ROTH, J. a kol., *Parkinsonova nemoc*. 4 přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-178-3.
- SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
- SLEZÁKOVÁ, Z. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014 ISBN: 978-80-247-4868-9.
- ŠTOCHL, J. *Structure of Motor Symptom „s of Parkinson's Disease*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN: 978-80-2461-403-8.
- TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VALKOVIČ, P. a kol., *Parkinsonova choroba*. Martin: Herba, 2009. ISBN 978-80-891-72165-1.

VOKURKA, M. a kol. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-0896-9.

WEBERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D., a kol. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1020-5.

Internetové zdroje

Parkinsonova nemoc. [online]. Pharma News, [cit. 2014-11-21]. Dostupné z: http://pharmanews.cz/2006_05/parkinson.html

Parkinsonova nemoc. [online]. Parkinson-help, [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://parkinson-help.cz/co-je-parkinsonova-nemoc-2/>

Etiologie Parkinsonovy choroby. [online.cz]. Desitin, [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.desitin.cz/indikace/parkinsonova-nemoc/podstata/>

KŘUPKA, B., KŘUPKA, J. *Parkinsonova choroba*. [online]. Neurologie a léčení bolesti, [cit. 2014-11-18]. Dostupné z: <http://krupka9.webnode.cz/news/parkinsonova-nemoc/>

Parkinsonova nemoc. [online]. Parkinsonova-choroba.cz, [cit. 2014-12-03]. Dostupné z: <http://parkinsonova-choroba.cz/parkinsonova-choroba.html>

Rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. [online]. Reha Arnika, [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://www.reha-arnika.cz/index.php/clanky-a-publikace/138-parkinsonova-nemoc>

MLČOCH, Z. *Rehabilitační cviky u Parkinsonovy nemoci*. [online]. Z. M., [cit. 2014-09-18]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/parkinsonova-choroba-nemoc-cviceni-cviky-pro-parkinsoniky>

VONDRÁČKOVÁ, Z. *Sociální pomoc a sociální služby*. [online]. Minipřůvodce po sociální problematice v ČR, [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: www.expy.cz/userfiles/file/KAPITOLA-16_1.pdf

Nakom. [online]. Najdi - lékárně.cz, [cit. 26. 02. 2015]. Dostupné z: <http://www.najdi-lekarnu.cz/lek/Nakom-por-tbl-nob-100x275mg-100-bli>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- Rešerše	I.
---------------------------------	-----------

PŘÍLOHA A – REŠERŠE

Téma rešerše

Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Parkinsonovou chorobou

Žadatel:

Inka Beranová, DiS.

Jazykové vymezení:

Čeština, němčina

Klíčová slova:

Parkinsonova nemoc – fyziologie – klasifikace - dějiny - anatomie - ošetrovatelská péče - ošetrovatelský proces - zdravotní sestry - role ošetrovatelky - hospicová a paliativní péče - geriatrické ošetrovatelství - komunitní ošetrovatelská péče – ošetrovatelství - teorie ošetrovatelství - modely ošetrovatelské - sociální podmínky - sociální problémy - sociální prostředí - sociální zabezpečení - životní styl - kvalita života

Klíčová slova v angličtině:

Parkinson Disease – nurses – nursing

Vyhledávání muselo proběhnout v angličtině, jelikož vyhledávací rozhraní i věcný popis dokumentů je v angličtině

Časové vymezení:

2008 - současnost

Druhy dokumentů:

Knihy, kapitoly z knih, články, články ve sbornících, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: záznamů: 52 (knihy: 18; články, články ve sbornících a abstrakta: 25; kvalifikační práce: 9) / plné texty: 33

Zahraniční zdroje: záznamů: 19 / plné texty: 6

Použitý citační styl:

České zdroje: ČSN ISO 690 a bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Zahraniční zdroje: stručná citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

- Zdroje:**
- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ
 - databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz) a repozitář závěrečných prací UK (<https://is.cuni.cz/webapps/zzp>)
 - specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval: Mgr. Adam Kolín

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: kolin@nlk.cz

