

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA LABUDOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

Bakalářská práce

KATEŘINA LABUDOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2018



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

LABUDOVÁ Kateřina
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

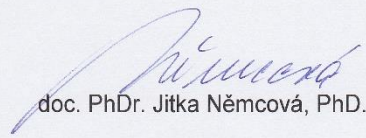
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí

Nursing Process in Patients with Parkinson's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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 20. března 2018

Kateřina Labudová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Karolině Moravcové za cenné rady, návrhy a podněty při vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

LABUDOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2018. 67 s.

Bakalářská práce zpracovává ošetrovatelský proces u pacientky s Parkinsonovou nemocí. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část informuje o historii onemocnění, příčinách vzniku, diagnostice, příznacích, možnostech léčby a prevenci onemocnění. Uvedeny jsou také informace o formách poskytované péče v České republice. Praktická část obsahuje kazuistiku, která je vypracována dle modelu Virginie Hendersonové. Zpracované informace o pacientce jsou rozděleny do ošetrovatelských domén dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. Tato část práce obsahuje kompletní ošetrovatelský proces, vyhodnocení péče a doporučení pro praxi. Součástí práce je informační leták, který má za úkol usnadnit komunikaci mezi nemocným s Parkinsonovou nemocí a nelékařským zdravotnickým pracovníkem.

Klíčová slova

Dopamin. Neurodegenerativní onemocnění. Ošetrovatelská péče. Parkinsonova nemoc.

ABSTRACT

LABUDOVÁ, Kateřina. *Nursing Process in Patients with Parkinson's Disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2018. 67 pages.

The bachelor thesis deals with the nursing process in a patient with Parkinson's disease. The thesis is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part informs about the history of the disease, the causes of the origin, diagnosis, symptoms, treatment options and prevention of the disease. Also there are listed the information on the forms of care in the Czech Republic. The practical part contains a case report that is based on Virginia Henderson's model. Processed patient information is divided into nursing domains according to NANDA I Taxonomy II 2015-2017. This part of the thesis includes a complete nursing process, assessment of care and recommendations for practice. Part of the thesis is an information leaflet, which aims at facilitating communication between the patient with Parkinson's disease and the non-medical health worker.

Keywords

Dopamine. Neurodegenerative diseases. Nursing care. Parkinson's disease.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	12
1 PARKINSONOVA NEMOC	15
1.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ	15
1.2 PŘÍČINY VZNIKU NEMOCI	16
1.3 PŘÍZNAKY NEMOCI	17
1.3.1 TREMOR	17
1.3.2 RIGIDITA	18
1.3.3 BRADYKINEZE, AKINEZE, HYPOKINEZE	18
1.3.4 PORUCHY STOJE A CHŮZE	19
1.3.5 VEGETATIVNÍ PŘÍZNAKY.....	19
1.3.6 KOGNITIVNÍ PORUCHY	20
1.3.7 JINÉ PŘÍZNAKY	21
1.4 DIAGNOSTIKA.....	21
1.5 LÉČBA	22
1.5.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	22
1.5.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	26
1.5.3 NEUROCHIRURGICKÁ LÉČBA	27
1.5.4 VÝVOJ NOVÝCH LÉKŮ A LÉČEBNÝCH POSTUPŮ.....	29
1.6 SPOLEČNOST PARKINSON.....	30
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY	
S PARKINSONOVOU NEMOCÍ.....	31
2.1 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY.....	32
2.2 ANAMNÉZA	33

2.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU.....	37
2.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON	39
2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 2. 11. 2017	47
2.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE NANDA I TAXONOMIE II.....	48
2.6.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy	48
2.6.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy	56
2.6.3 Zhodnocení ošetrovatelské péče	61
2.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	62
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Index of Independence in Activities of Daily Living
CT	Computed tomography
DBS	Deep Brain Stimulation
GIT	Gastrointestinální trakt
L-DOPA	Levodopa
MMSE	Mini Mental-State Examination
MR	Magnetická rezonance
SSRI	Selective Serotonine Reuptake Inhibitor

(VOKURKA M., HUGO J. a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Akineze – nepohyblivost

Anxiolytika – léky odstraňující úzkost

Bradykineze – nápadné, celkové zpomalení pohybů

Bradylálie – chorobné zpomalení tempa řeči

Dysartrie – porucha řeči, při níž je porušena výslovnost z nervových příčin

Dysfagie – porucha polykání, ztížené polykání

Dyskineze – porucha souhry normálních pohybů

Exekutivní funkce – schopnosti vykonávání běžných úkonů života vč. každodenních

Extenze – natažení, rozšíření, roztažení

Flexe – ohnutí, ohýbání

Fluktuace – kolísání, stálá změna

Hypokineze – pohybová chudost, nedostatek volních i reflexních pohybů

Hypomimie – snížená mimika

Kognitiva – skupina látek příznivě ovlivňující kognitivní funkce

Mikrografie – zmenšení písma

Rigidita – ztuhlost

Tremor – třes

(VOKURKA M., HUGO J. a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Chronická a časovaná medikace	22
---	----

ÚVOD

Parkinsonova nemoc patří do skupiny neurodegenerativních onemocnění, kterou jako jedinou nemoc tohoto druhu lze ovlivnit léky. Je to onemocnění v současné době nevléčitelné, jež zasahuje nejen do pohybových funkcí, ale i do myšlení a citů. Z toho důvodu i péče o nemocného pokrývá širokou oblast nejen vlastních objektivních projevů onemocnění, kognitivní funkce, ale i psychickou stránku člověka. Světová zdravotnická organizace v dokumentu Neurologické nemoci z roku 2006 udává výskyt tohoto onemocnění v celosvětovém měřítku zhruba od 9,7 do 13,8 na 100 000 obyvatel. Neurolog Petr Dušek v publikaci Parkinsonova nemoc z různých pohledů doplňuje, že v České republice je v dnešní době evidováno přibližně 15 000 pacientů trpících Parkinsonovou nemocí. Ročně je diagnostikováno 1000-1500 nových pacientů. Jedná se tedy o nemoc poměrně častou, což je jeden z důvodů pro tvorbu této práce. Nejen nelékařský zdravotnický personál, ale i rodiny nemocných nyní nemají k dispozici dostatek publikací o této nemoci. Jsou to především všeobecné sestry, které přicházejí jako první do styku s pacienty trpící Parkinsonovou nemocí a s jejich rodinnými příslušníky, kteří se na ně obracejí s dotazy týkajícími se onemocnění. Mnohdy nejbližší rodina nemá základní informace o nemoci. Proto by všeobecné sestry, které se setkávají s těmito pacienty nejen na geriatrických odděleních, měly mít dostatek informací o příznacích, diagnostice, léčbě a následné rehabilitaci, ale i o odborných pracovištích, která se zabývají léčbou této nemoci. (DUŠEK P., 2013).

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána historie onemocnění, její příčiny, diagnostika, možnosti a druhy léčby. Také jsou v praktické části uvedeny informace o organizaci sdružující nemocné Parkinsonovou nemocí v České republice.

Praktická část je zpracována formou ošetrovatelského procesu dle koncepčního modelu Virginie Hendersonové, za použití NANDA Taxonomie 2015-2017.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shromáždit, roztrždit a prezentovat informace o Parkinsonově nemoci.

Cíl 2: Představit a informovat o druzích a možnostech léčby tohoto onemocnění.

Cíl 3: Informovat o společnosti sdružující nemocné Parkinsonovou nemocí.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat a dokumentovat případ pacientky s Parkinsonovou nemocí.

Cíl 2: Stanovit u tohoto případu nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy a seřadit je podle priorit.

Cíl 3: Shrnout ošetrovatelské problémy tak, aby byly přínosem pro praxi.

Cíl 4: Vytvořit leták se základními informacemi o pacientovi s Parkinsonovou nemocí pro případnou hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Vstupní literatura

DUŠEK, Petr, 2013. *Parkinsonova nemoc z různých pohledů*. Praha: Společnost Parkinson. ISBN 978-80-260-4860-2.

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

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborné literatury, která byla poté využita k tvorbě bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí, probíhalo v časovém období listopad 2017 až únor 2018.

Rešerše byla zpracována knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze. Byly použity základní prameny, jako je katalog Národní lékařské knihovny, databáze kvalifikačních prací, Jednotná informační brána, Souborný katalog ČR, Discovery systém Summon a ProQuest Nursing. Pro snadnější vyhledávání zdrojů byla zvolena klíčová slova v českém jazyce: Parkinsonova nemoc, dopamin, neurodegenerativní onemocnění, ošetrovatelský proces. V anglickém jazyce: Parkinson's disease, dopamine, neurodegenerative diseases, nursing care. Časové omezení bylo stanoveno od roku 2008 až do současnosti.

V rešerši č.30/2017 bylo vyhledáno celkem 43 záznamů (4 kvalifikační práce, 18 knih a monografií, 21 ostatních). Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 11 knih a monografií z rešeršního protokolu.

1 PARKINSONOVA NEMOC

Patří do skupiny chorob, jejichž společným jmenovatelem jsou degenerativní procesy v oblasti mozkových podkorových struktur. Tyto struktury se podílejí na centrálním řízení hybnosti. Postižen je z větší části, ale nikoliv pouze, extrapyramidový systém. Onemocnění se projevuje hlavně poruchami hybnosti, ke kterým se připojují další příznaky. Poruchy vegetativního systému a kognitivní poruchy vyplývají z postižení okolních struktur. (TYRLÍKOVÁ I., BAREŠ M. A KOLEKTIV AUTORŮ, 2012).

Pacienti se denně setkávají nejen s omezením hybnosti, ale i s problematickým příjmem potravy, s problémem v komunikaci a také v soužití s jejich blízkými. V následujících kapitolách bude proto popsána nejen historie onemocnění, ale i příznaky, diagnostika a léčba této nemoci. (DUŠEK P., 2013).

1.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ

Nemoc, projevující se pohybovou chudostí a zpomaleností, svalovou ztuhlostí a třesem končetin, byla poprvé popsána v roce 1817 londýnským lékařem Jamesem Parkinsonem. V knize *An Essay on the Shaking Palsy* (O třaslavé obrně) popsal celkem 6 pacientů s příznaky, s jejichž kombinací se do té doby nesetkal. Velmi brzy po zveřejnění jeho práce potvrdilo několik dalších lékařů výskyt onemocnění s těmito projevy. Nemoci se dostalo pojmenování po jejím objeviteli. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

První léčebné pokusy se datují již do 19. století, použity byly přípravky rostlinného původu (např. belladona), léčiva měla bohužel nevalný efekt. V roce 1946 byl vyroben první preparát s anticholinergním účinkem, tzv. anticholinergikum, který pomáhal především proti třesu, ale měl četné nežádoucí účinky. Průlom v léčbě byl učiněn v roce 1958, kdy farmakolog a biochemik Carlsson objevil látku dopamin, která se ve velké míře nachází v oblasti mozku, nazvaná bazální ganglia. Na základě jeho práce se v roce 1960 podařilo prokázat, že Parkinsonova nemoc je způsobena nedostatečným množstvím dopaminu v oblasti mozku, v tzv. černém jádře (substantia nigra). Základním výrobním kamenem pro tvorbu dopaminu byla od roku 1961 použita levodopa. Po několika letech používání levodopy začaly vystupovat do popředí komplikace a vedlejší účinky léčby.

Počátkem 70. let byly objeveny a zkoumány dvě látky, benserazid a karbidopa, jejichž kombinace s levodopou se ukázaly být velmi účinné v potlačování většiny vedlejších nežádoucích účinků. Tyto preparáty se užívají až do současnosti a zatím nebyl překonán jejich účinek žádným dalším lékem. Dalším důležitým mezníkem v historii Parkinsonovy nemoci se stalo objevení MPTP (metylfenyltetrahydropyridin) v roce 1983. Uvedenou látkou, která byla příměsí heroinu, se v roce 1979 v USA otrávil skupina mladých lidí, u kterých se rychle vyvinuly příznaky neodlišitelné od Parkinsonovy nemoci. Umožňuje tedy získat věrný experimentální model pro ověřování mechanismu vzniku a vývoje nemoci. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.2 PŘÍČINY VZNIKU NEMOCI

Mechanismus vzniku onemocnění není přesně znám. Jedná se zřejmě o skupinu více onemocnění, která mají rozdílnou příčinu, ale směřující ke stejnému důsledku, což je zánik mozkových buněk produkujících dopamin. Existují teorie, jež se opírají o geneticky defektní bílkovinné komponenty neuronů, či chybu enzymu majícího vliv na tvorbu dopaminu. Mezi rizikové faktory se také řadí vlivy životního prostředí, vystavení těžkým kovům, kontakt s herbicidy a pesticidy v zemědělství, pití studniční vody. Riziko vzniku onemocnění zvyšuje také vysoký věk, mužské pohlaví a genetické dispozice. Naopak mezi faktory snižující riziko onemocnění patří kouření, pití černé kávy a dlouhodobé užívání nesteroidních antirevmatik. Výsledkem je propuknutí nemoci, jejíž základní příčinou je zánik buněk produkujících dopamin, jejichž počet musí klesnout pod 20 %, aby se nemoc klinicky projevila. Nedostatek dopaminu, poškození či zablokování dopaminových receptorů nebo poškození příslušných extrapyramidových struktur nepříznivě ovlivňuje především řízení motoriky. Výskyt onemocnění může být způsoben dědičností. V současnosti je známo více než 15 genů, jejichž mutace vede k rozvoji nebo vyšší náchylnosti k této nemoci. Vznik onemocnění před 40. rokem věku se vysvětluje z 20 % geneticky podmíněnými formami Parkinsonovy nemoci. Pokud nemoc vznikne po 50. roce věku, dědičnost hraje velmi malou roli, vysvětluje 1-2 % všech případů. Počátek onemocnění kolem 50-60 let nezpůsobuje pro příbuzné vyšší riziko než ve zdravé populaci. (SEIDL Z., 2015), (SLEZÁKOVÁ Z., 2014), (DUŠEK P., 2013), (ŠTOCHL J., 2008).

1.3 PŘÍZNAKY NEMOCI

Prvotní obtíže jsou obvykle necharakteristické, doprovázející mnohá onemocnění, bolesti ramen, pocit těžkých končetin, nižší výkonnost, poruchy spánku, zácpa, tichý, monotónní hlas, zhoršení písma, depresivní stav, pokles sexuální výkonnosti. Později, může se jednat až o řadu měsíců, se objevuje čtveřice základních a typických příznaků nemoci, což jsou tremor, rigidita, bradykineze, akineze, hypokineze také poruchy stoje a chůze. Mimo tyto příznaky se objevuje dysfagie, dysartrie, bradytalie. Poruchy funkce vegetativního systému, např. regulace krevního tlaku, vyprazdňování střev, funkce kožních žláz. Psychické poruchy, jako deprese, halucinace nebo delirantní stavy. Zmíněné obtíže zasahují do všech oblastí života pacienta. Všechny uvedené obtíže se nemusí vyskytovat u každého nemocného ve stejné míře. Během vývoje onemocnění se může charakter příznaků měnit jak v závislosti na účinnosti léčby, tak podle rozvoje nemoci. (TYRLÍKOVÁ I., BUREŠ M. A KOLEKTIV AUTORŮ, 2012), (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.3.1 TREMOR

Klasický příznak Parkinsonovy nemoci. Patří mezi nejcharakterističtější a nejčastější obtíže, známé i široké veřejnosti. Je ovšem důležité upozornit, že ne každý třes znamená Parkinsonovu nemoc. Typický třes u Parkinsonovy nemoci má pár základních vlastností.

Nejčastější výskyt je na horních končetinách, hlava je postižena velice vzácně. Může být přítomen třes brady. Začíná na prstech horních končetin, výrazněji vlevo nebo vpravo. Méně charakteristický bývá třes souměrný u obou horních končetin. Tento pohyb bývá přirovnáván k pohybům při počítání peněz. Vlivem postupného rozvoje onemocnění se třes šíří na stejnostrannou dolní končetinu a přechází i na druhou stranu těla. Třes má obvykle pomalou frekvenci, přibližně 4 až 6 kmitů za sekundu. Třes je klidového charakteru, vyskytuje se především v situacích, kdy jsou končetiny nehybné a spočívají na podložce, nebo jsou svěšené podél těla. Jakmile pacient zapojí ruce do aktivního pohybu, např. při oblékání, nebo jídle, třes se zmírní. U pokročilejší nemoci se charakter třesu může měnit, může také přetrvávat i při pohybech, a tak může pacienta omezovat při běžných denních aktivitách. Třes se zvyrazňuje při psychickém rozrušení, strachu,

úzkosti, ale také radostí a očekáváním, naopak mizí ve spánku a duševním uvolnění. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.3.2 RIGIDITA

Jedná se o abnormální zvýšení svalového tonu. Během pasivního ohýbání končetiny cítíme patrný odpor při flexi a extenzi. Palpačním vyšetřením můžeme v místě svalového úponu cítit fenomén tzv. ozubeného kola. Rigiditou jsou nejvíce postiženy svaly ohýbající končetiny a trup. Z toho důvodu je charakteristickým rysem nemoci předklon hlavy a trupu, ohnuty jsou také horní končetiny, dolní končetiny méně. Tato tendence k předklonu je patrná při chůzi. Pacienti tento stav popisují jako tah dopředu a mají problémy se na místě zastavit. Jsou si vědomi této ztuhlosti, cítí ji při vyšetření i lékař a je zapříčiněna vysokým napětím svalů nejen při pohybu, ale i v klidu. Kosterní svaly se za normálních okolností střídavě napínají a ochabují, u Parkinsonovy nemoci zůstávají napnuté. Svalová ztuhlost je důvodem pomalosti pohybů a podílí se také na větší námaze, kterou pacient vynakládá k provedení pohybu. (TYRLÍKOVÁ I., BAREŠ M. A KOLEKTIV AUTORŮ, 2012).

1.3.3 BRADYKINEZE, AKINEZE, HYPOKINEZE

Uvedené projevy nezávisejí na míře svalové ztuhlosti. Projevují se především ztrátou, či snížením schopnosti začít pohyb, např. ze stoje přejít v chůzi, postavit se ze sedu atd. Patří zde také tzv. automatické pohyby, které vykonáváme, aniž bychom o nich museli přemýšlet, např. souhyby horních končetin při chůzi. Všechny spontánní pohyby jsou zpomalené a nevýrazné. Pacienti mají výraznou hypomimii a řídké mrkání, díky čemuž na okolí působí maskovitým obličejem, bez projevů emocí. Bradylalie jim znesnadňuje verbální projev, který je tichý a monotónní, mikrografie komplikuje projev písemný apod. Velmi těžké je pro nemocného především rozcházení, kdy přešlapuje na místě a nemůže vyrazit kupředu. Také ve spánku mají nemocní nepříjemné problémy při přetáčení ze strany na stranu, kdy nemohou změnit polohu svého těla. Budí proto partnery, aby jim pomohli se změnou polohy těla nebo končetin. Problémy se vyskytují také při každodenních úkonech, jako je oblékání, zavazování tkaniček, vázání kravaty, čištění zubů, při konzumaci potravy. Velice obtížné je také provádění více pohybů současně, např. vedení konverzace a současné zapínání knoflíků u košile. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.3.4 PORUCHY STOJE A CHŮZE

Uvedené poruchy patří mezi základní příznaky Parkinsonovy nemoci. Chůze se vyznačuje malými šouravými krůčky, chybí souběžné pohyby horních končetin, které zůstávají nehybné a připážené. Zkracování délky kroku, či neobratnost v otáčení těla mohou být prvními příznaky, které pacient zaregistruje. Pacient se otáčí velice malými krůčky a není schopen se rozejít. Mezi pomocné strategie patří chůze podle pruhů na podlaze, nebo chůze v rytmu hudby. Někdy se pacient snaží drobnými krůčky jako by utíkat dopředu, ale hrozí pád, neboť horní polovina těla se naklání vpřed, ve snaze pomoci dolním končetinám v pohybu, ale ty zůstávají na místě. Pády jsou také mnohdy způsobeny zakopnutím o dolní končetinu, kterou nejsou schopni zvednout do požadované výšky a špičkou zadržnou o podložku. V takových případech pacient nestihne předpažit a padá na ohnuté horní končetiny a obličej. Při stožení mnozí pacienti popisují tah kupředu, naklání trupu, jako by je zezadu někdo tlačil. (REKTOR I., REKTOROVÁ I. A KOL., 2003).

1.3.5 VEGETATIVNÍ PŘÍZNAKY

U některých pacientů se sliny hromadí vlivem poruchy jejich automatického polykání. Hromadící se sliny ztěžují dýchání, řečový projev pacienta, hrozí aspirace těchto slin a mohou také vytékat z úst. Závažnost dysfagie u Parkinsonovy nemoci není spojena se závažností pohybového postižení končetin. Pokožka nemocných bývá výrazně opocená, kůže na obličeji mastná, což přispívá k maskovitému vzhledu. Dochází ke zvýšenému maštění vlasů a tvorbě lupů. Při zarudnutí, svědění a výrazném olupování pokožky hlavy je vhodné navštívit kožního lékaře, který může předepsat protizánětlivé přípravky. Pacienti mají výrazný sklon k obstipaci, jež bývá úporná a značně nepříjemná. Na zhoršené činnosti trávicího ústrojí se také podílí léčba anticholinergiky. V případě úporné zácpy je nutno zvýšit příjem tekutin, který bývá u pacientů velmi nízký, zařadit do jídelníčku dostatek vlákniny. Doporučuje se pít minerálních vod, jako jsou Karlovarský Mlýnský pramen, Šaratice, Zaječická minerální voda. Činnost střev lze také povzbudit pitím čaje, např. Listu Senny, nebo podáním Lactulose. Je nutno se vyvarovat podávání běžně dostupných projímadel, která mohou problém krátkodobě vyřešit, ale z dlouhodobého hlediska zácpu neřeší a může vzniknout závislost. Je také častá ortostatická hypotenze, kdy během změny polohy těla dochází k nedostatečné regulaci krevního tlaku. Je nutno zjistit, zda je dostatečný příjem tekutin, zda pacient zbytečně

nebo nadměrně neužívá léky snižující krevní tlak. Snížení krevního tlaku mohou způsobit také anticholinergiky. V některých případech se zvyšuje přísun kuchyňské soli a tekutin, provádějí se bandáže dolních končetin nebo se podávají přípravky zvyšující krevní tlak. (KLEMPÍŘ J., 2013), (VYTEJČKOVÁ R., 2013), (MANDYSOVÁ P., ŠKVRŇÁKOVÁ J., 2016), (REKTOR I., REKTOROVÁ I. A KOL., 2003).

1.3.6 KOGNITIVNÍ PORUCHY

Drobné poruchy kognitivních funkcí jsou obvykle lehkého stupně. Vyskytuje se porucha exekutivních funkcí, jako je plánování, organizování či provádění složitějších aktivit. Demence se rozvíjí u 20-40 % nemocných Parkinsonovu nemocí. Nebyla pozorována u pacientů pod 50 let, ve vyšším věku a s delším průběhem onemocnění se vyskytuje velmi často. Poruchy paměti následuje zhoršená pozornost a také výrazně kolísá schopnost soustředit se. Někteří lidé mohou být impulzivní, jiní naopak ulpívaví, může docházet k výbuchům vzteku či agresivity. Dalšími neuropsychiatrickými příznaky jsou poruchy nálad, dochází také ke změnám osobnosti. Halucinace, delirium a bludy mohou být způsobeny samotným onemocněním nebo také důsledkem léčby antiparkinsoniky. Demence zhoršuje prognózu Parkinsonovy nemoci přibližně na 5 let. V souvislosti s útlumem kognitivních funkcí můžeme také hovořit o depresivní pseudodemenci. Výskyt deprese u Parkinsonovy nemoci se udává v 10-37 %. Depresivní příznaky dobře reagují na podávání antidepresiv skupiny SSRI. Kromě dopaminergního systému jsou postiženy i další systémy nervového přenosu, což je důvodem k užívání kognitiv. Paměť a další kognitivní funkce jimi mohou být příznivě ovlivněny. Bylo to prokázáno u rivastigminu, který byl schválen pro léčbu demence u Parkinsonovy nemoci. Delirium nejčastěji vzniká jako následek anticholinergní medikace při jejím nasazení, nebo při změně dávky. Je nutno vždy pečlivě sledovat projevy dopaminové hyperstimulace. Při výrazných psychotických projevech může být dávka L-DOPA snížena na minimální množství, ale nikoliv úplně vysazena. Při úplném vysazení dopaminergní medikace u pacientů s Parkinsonovou nemocí vzniká velké riziko maligního neuroleptického syndromu. Je to závažná, život ohrožující komplikace, mortalita je udávána 10-30 %. Projevuje se rigiditou, akinezí, horečkou, zmateností a jinými poruchami vědomí. (ČEŠKA R. A KOL. 2015), (TOMEK A. A KOL., 2014), (MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ H. A KOL., 2009), (JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. A KOL., 2009), (HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. A KOL., 2007).

1.3.7 JINÉ PŘÍZNAKY

U pacientů s Parkinsonovou nemocí se často vyskytují i další příznaky, mezi které se řadí hypomimie, dysartrie, bradylalie a také mikrografie. Hypomimie je typickým příznakem této nemoci, kdy svalstvo obličeje dobře nefunguje a neodráží momentální pocity. Výsledným dojmem je apatie, nepřítomný výraz a neměnný, tzv. maskovitý obličej. Pacient nedostatečně reaguje na okolní svět a podněty kolem sebe. Dysartrie se objevuje u většiny pacientů, jedná se o ztišení hlasu. Rychlost řeči je také zpomalena, ale v některých okamžicích může dojít ke zrychlení drmolivé řeči, což vede k nesrozumitelnosti sdělované informace. K mikrografii dochází někdy od prvních písmen textu, někdy až ke konci řádku. Tato porucha může velice zkomplikovat některé situace, např. podpis dle podpisového vzoru v bance. Obvykle při pasní není přítomen třes, dochází pouze ke zmenšování písma. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.4 DIAGNOSTIKA

Základem je především klinické vyšetření, jež má za úkol vyloučit sekundární parkinsonismus, který by léčba antiparkinsoniky výrazně zhoršila. Uvedená léčba by mohla vést ke stavům zmatenosti, zhoršení tělesných a psychických potíží pacienta. Nejspolehlivější metoda se opírá o fakt, že přibližně 80 % pacientů se sekundárním parkinsonismem nemá pozitivní reakci na podanou dopaminergní terapii. Naopak pozitivní reakce na tabletu preparátu L-DOPA (L-DOPA test) nebo na s. c. podaný apomorfin (apomorfinový test) se dostaví u Parkinsonovy nemoci. Důležitou úlohu hraje také neuropsychologické vyšetření. Další pomocná vyšetření se využívají zejména v diferenciální diagnostice. Mezi pomocná vyšetření patří DAT Scan, který je dostupný v České republice. Zobrazí úbytek dopaminu ve specifické části mozku, tzv. striatu. Tento úbytek je u Parkinsonovy nemoci patrný a asymetrický, na rozdíl od esenciálního třesu, u něhož je nález fyziologický. Významné jsou další zobrazovací techniky jako CT a MR, které lokalizují atrofické procesy. (TYRLÍKOVÁ I., BAREŠ M. A KOL., 2012), (HEHLMANN A., 2010).

1.5 LÉČBA

Dosud není znám lék, ani léčebný postup, který by vedl k vyléčení, nebo alespoň k zastavení progresi této nemoci. Je možné pouze dlouhodobě potlačovat jednotlivé příznaky onemocnění a minimalizovat jejich dopad na běžný život pacienta. Při léčbě nemoci je nutností nejen přesné podávání ordinovaných léků, ale také cvičení, rehabilitace a aktivní postoj nemocného a jeho rodiny. Léčbu můžeme rozdělit do dvou skupin, na farmakologickou a léčbu neurochirurgickou. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.5.1 FARMAKOLIGICKÁ LÉČBA

Tato léčba zahrnuje široké spektrum účinných léků, které podle jejich účinků můžeme rozdělit na základní, přídatné a pomocné léky. Jelikož se jedná o léčbu Parkinsonovy nemoci, označujeme skupinu uvedených léků jako tzv. antiparkinsonika. Základní léky nahrazují chybějící dopamin, jsou to levodopa a agonisté dopaminergních receptorů. (TYRLÍKOVÁ I., BAREŠ M. A KOL., 2012).

Levodopa je základním a nejúčinnějším lékem Parkinsonovy nemoci, její úloha je klíčová a trvá i během dalšího vývoje a výzkumu mechanismů způsobujících toto onemocnění. Je to přirozená látka, jejíž jednoduchou enzymatickou přeměnou vzniká dopamin. Levodopa snadno proniká do mozku z krevního oběhu, kde v jeho buňkách dochází k přeměně levodopy na dopamin. Začátky léčby levodopou se neobešly bez překážek. Bylo nutno podávat velké dávky, jelikož většina byla spotřebována v krevním oběhu mimo mozek. Nadbytek dopaminu, který vznikl mimo mozkovou tkáň působil oběhové a zažívací obtíže. Zmírnění těchto nežádoucích vedlejších účinků bylo dosaženo přidáním látek blokuujících enzymatickou přeměnu levodopy mimo mozek. Většina podané látky se tak dostane ke svému cíli a je možné podávat menší dávky. Standardní léky obsahují levodopu spolu s dalšími látkami, které dále zlepšují její průnik do mozku. Kombinace levodopy s inhibitory dopa-dekarboxylázy benserazidem, což je lék Madopar. Levodopa s karbidopou jsou kombinací v lécích Nakom, Isicom a Sinemet. V účinných léků obsahujících karbidopu nebo benserazid není žádný rozdíl. Důležitý je obsah účinné látky v mozku, kterou je pouze levodopa. Potrava bohatá na bílkoviny, zejména mléčné výrobky, omezuje její vstřebávání a potenciálně snižují její klinickou účinnost. Je proto důležité se těmito potravinám vyhnout před a po užití léku. Jediné onemocnění, při kterém je užívání levodopy zakázáno, je glaukom s uzavřeným úhlem.

Z toho důvodu by měl nemocného před nasazením léčby levodopou vyšetřit také oční lékař. Od roku 2008 je do praxe zaveden methylester levodopy v gelové formě, tzv. Duodopa. Je možností léčby u pacienta, u něhož je zachována odpověď na levodopu, ale zároveň se vyskytují těžké komplikace jako kolísání stavu hybnosti či psychotické projevy. Pokud se uvedené komplikace nezvládnou dostupnými preparáty a nepřipadá v úvahu hluboká mozková stimulace, je nutno zvážit léčbu Duodopou. Skrze břišní stěnu a žaludek až do horní části tenkého střeva je zaveden katetr, kterým vtéká látka ve formě gelu neustále po celý den do střeva. Ve střevě se plynule vstřebává a nezávisí na příjmu potravy či dalších vlivech. Množství Duodopy je na pumpě nastaveno individuálně dle potřeb pacienta, výsledkem je stabilizace stavu hybnosti a zmírnění dalších komplikací. Tato léčba je vysoce nákladná a náročná na organizaci, proto se provádí pouze ve specializovaných centrech. (ZRUBÁKOVÁ K., KRAJČÍK Š. A KOL., 2016), (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Agonisté dopaminergních receptorů jsou látky, které nevyžadují žádné další metabolické přeměny a účinkují na receptory podobně jako dopamin. V současné době jsou známy látky, které se vzájemně nepatrně liší způsobem a silou svého účinku. U nás jsou dostupné léky Mirapexin a Requip. Hlavní léčebný vliv mají tyto léky na fluktuace hybnosti a polékové dyskineze, což jsou komplikace pokročilé Parkinsonovy nemoci. Jejich vliv je sice nižší než u preparátů s levodopou, ale mají méně vedlejších účinků. Podáním agonisty spolu s levodopou se snižují výkyvy stavu hybnosti a tato kombinace dovolí snížit dávky levodopy, čímž se podaří zmírnit i dyskineze. Je podáván jako lék první volby u nemocných mladších 70 let. Oddaluje potřebu léčby levodopou a snižuje také výskyt komplikací v pozdější fázi léčby. Včasné podávání agonistů dopaminu má u Parkinsonovy nemoci dokonce neuroprotektivní účinek, což naznačují některé zahraniční studie. Omezení v léčbě (glaukom s uzavřeným úhlem) a časně vedlejší účinky jsou obdobné jako u levodopy. Je nutné podávat počáteční dávky velmi nízké a pomalu navyšovat, případně kombinovat s domperidonem. Mohou se vyskytnout nežádoucí účinky mimo nervový systém, např. vazivová přeměna drobných cév, srdečních chlopní a tkání v okolí ledvin a močovodů. Tyto změny mohou způsobit otoky, barevné změny kůže na bérkách, dušnost a změnu vzhledu a množství moči. V tomto případě by měl pacient neprodleně informovat svého ošetřujícího lékaře, který provede dodatečná vyšetření, na jejichž základě se může rozhodnout o změně léčby. (TYRLÍKOVÁ I., BAREŠ M. A KOL., 2012), (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Mezi přídatné léky řadíme léky, které mění metabolismus levodopy a dopaminu, nebo ovlivňují systémy nervových přenašečů. Do této skupiny patří inhibitory monoaminoxidázy typu B (MAO-B), inhibitory katechol-orto-metyltransferázy (COMT), amantadin a anticholinergika. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Jedním z inhibitorů monoaminoxidázy typu B je selegilin, který způsobuje zablokování enzymu odbourávajícího dopamin v mozku. Zablokuje-li se tento enzym, mělo by dojít ke zvýšení hladiny dopaminu v mozkové tkáni. Některé z teorií předpokládají, že by blokáda enzymu selegilinem mohla mít neuroprotektivní účinek na buňky tvořící dopamin a tím zpomalovat vývoj nemoci. Uvedené tvrzení se však doposud nepodařilo jednoznačně potvrdit. Klinické zkušenosti ukázaly, že selegilin má pouze slabý účinek na příznaky Parkinsonovy nemoci. V pozdějších fázích nemoci jen nepatrně prodlužuje účinnost jednotlivých dávek levodopy. V současné době proto neurologové předepisují selegilin pouze sporadicky, a to především v časných stádiích nemoci, kde by mohl zmírnit počáteční příznaky a snad i zpomalit rozvoj onemocnění. Selegilin se obvykle již nepodává v pozdějších fázích nemoci, kdy se zvyšuje riziko nežádoucích účinků. Nejnovějším preparátem z této skupiny inhibitorů je rasagilin, který má podobné vlastnosti jako selegilin, ale podle provedených studií se zdá být jeho používání bezpečnější. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Další skupinou léků jsou inhibitory enzymu katechol-orto-metyltransferázy. Tento enzym v celém těle odbourává levodopu a dopamin. Blokádou tohoto enzymu se může zvýšit hladina levodopy a dopaminu v krvi a následně i jejich přísun do mozku. Kýženým výsledkem je prodloužený účinek jednotlivých dávek levodopy a zvýšená hladina dopaminu v mozku. Jedním z léků, které byly vyvinuty je entakapon. Tento přípravek je určen k současnému užívání s levodopou u pacientů s pozdními pohybovými komplikacemi (kolísání hybnosti a zkrácení účinku dávek levodopy). Při nasazení této kombinace léků se efekt dostaví okamžitě, prodlouží se trvání účinku levodopy a dojde k vymizení nebo podstatnému zkrácení doby zhoršené hybnosti. Užívání entakaponu nemá žádné závažné nežádoucí účinky, může se vyskytnout tmavší moč, což neznamená poškození jater nebo ledvin, ale pouze vylučování léčebné látky močí. Druhým lékem fungujícím na stejném principu jako zmíněný entakapon je tolkapon. Tělo jej odbourává pomaleji, proto je podáván jen ve 3 dávkách během dne. Jeho účinky na hybnost pacientů jsou srovnatelné s entakaponem, mohou být i silnější a také mohou mít delší účinek.

Rizikem je poškození jater, které bylo potvrzeno jen u velmi malého procenta léčených osob, přesto je důležitou součástí léčby provádění pravidelných odběrů krve a kontrola jaterních enzymů. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Lékem s anticholinergním účinkem je amantadin, který nepřímo zvyšuje hladinu dopaminu v nervových spojích. Původní využití tohoto léku bylo proti chřipce. Na jeho pozitivní vliv u pacientů s Parkinsonovou nemocí se přišlo náhodou, kdy se během užívání výrazně zlepšila jejich hybnost. Lék se podává v časně fázi onemocnění, kdy zmírňuje počáteční příznaky a také výrazně tlumí dyskineze. Jako jeden z mála léků je dostupný také v infuzní formě, přípravek PK-Merz Infusion. Řeší se tímto přípravkem náhlé stavy způsobené nedostatkem dopaminu, např. v pooperačním období, při nemožnosti podávání léků ústy. Infuzní léčba může přinést v určitých případech i dlouhodobější zmírnění hybných komplikací. Amantadin je většinou dobře snášen, pouze v případě větší dávky se mohou dostavit vedlejší účinky, které jsou společné pro všechna anticholinergika, např. rozmazané vidění, poruchy močení, sucho v ústech, zácpa. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Anticholinergika jsou v dnešní době při léčbě Parkinsonovy nemoci odsunuty na okrajové místo. Jedná se o léky, které omezují nervový přenos snížením aktivity acetylcholinu. Jejich léčebné využití je omezeno četnými nežádoucími vedlejšími účinky. Kontraindikací je glaukom s uzavřeným úhlem, zbytnění prostaty, poruchy činnosti a průchodnosti GIT. Jejich užívání může vést k poruchám zraku, zažívacím problémům, poruchám mikce a poruchám srdeční činnosti. U starších pacientů, nebo u pacientů s duševním onemocněním mohou vyvolat poruchy paměti, zmatenost a další duševní projevy. Anticholinergika by neměla být podávána osobám starším 65 let a osobám, u kterých byly zjištěny kognitivní poruchy. (TYRLÍKOVÁ I., BAREŠ M. A KOL., 2012), (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Skupinu tzv. antiparkinsonik uzavírají pomocné léky, které ovlivňují vedlejší příznaky a komplikace onemocnění. Můžeme zde zařadit domperidon, antidepresiva, anxiolytika, sedativa a hypnotika a také atypická neuroleptika a kognitiva. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Domperidon se užívá pro zlepšení činnosti žaludku a střev. Přípravek Motilium obsahuje uvedenou látku, je proto vhodný jako prevence a také ke zmírnění vedlejších účinků vyskytujících se během podávání levodopy a agonistů dopaminu. Domperidon

může také zlepšovat vyprazdňování žaludku a tím pomáhat k úspěchu farmakologické léčby Parkinsonovy nemoci. Dalšími pomocnými léky jsou antidepressiva, která jsou v dnešní době velice účinná a bezpečná. Jedinou látkou, kterou je nutno omezit je selegilin, který rizikově zvyšuje krevní tlak a výskyt dalších nežádoucích komplikací. Nejčastějšími přípravky používanými k léčbě deprese jsou citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a sertralin, které patří do skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Starší přípravky výrazně zvyšují riziko vzniku nežádoucích vedlejších účinků. Mezi pomocné léky se řadí léky zklidňující, tlumící úzkost a strach. Přípravky jsou nejčastěji ze skupiny benzodiazepinů a jejich derivátů, např. Diazepam, Oxazepam, Lexaurin, Neurol. Všechny uvedené léky spojují některé nepříznivé vlastnosti, především vznik závislosti na léku, časem snížená účinnost, která způsobí zvyšování dávky. U starších pacientů mohou nepříznivě ovlivnit psychické funkce, někdy mohou způsobit dokonce opačný efekt – zvýšený neklid. Z toho důvodu je na místě maximální obezřetnost při zahájení léčby těmito léky. Jejich užívání by se mělo omezit na co nejmenší dávky pouze po nejnutnější dobu a poté ukončování léčby. Pro léčbu psychotických projevů u pacientů s Parkinsonovou nemocí nesmí být užity léky patřící do skupiny tzv. typických neuroleptik. Řadíme zde např. Haloperidol, Tisercin a Plegomazin, jenž způsobují zablokování receptorů pro dopamin a vedou k závažnému zhoršení celkového stavu. Uplatňují se zde léky ze skupiny tzv. atypických neuroleptik, která receptory pro dopamin neblokují, ale zablokují ostatní druhy receptorů, které neřídí pohyb. Do skupiny tzv. atypických neuroleptik patří např. Tiapridal, Tiaprid, Seroquel. Psychotické projevy vyvolané léčbou nemocí tlumí tzv. kognitiva, což bylo úspěšně prokázáno během posledních let. Provedené studie i výsledky během klinické praxe ukazují, že léky s obsahem rivastigminu, donepezilu či galantaminu mírní psychotické projevy a zmenšují také projevy způsobené úbytkem kognitivních funkcí. Tyto preparáty byly primárně určeny k ovlivnění projevů demence u pacientů s Alzheimerovou nemocí. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.5.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Nedílnou součástí léčby je také rehabilitační péče, která je zaměřena na udržení nebo zlepšení schopnosti sebezpěče během každodenních aktivit, cvičení a pohybová reedukace. Cílem je aktivní potlačení příznaků, které mohou být překonány. Důležitou částí je úprava režimu a vytvoření náhradních stereotypů, pro funkce, které se i přes léčbu nepodařilo plně obnovit. Hlavním cílem rehabilitace je udržení rozsahu pohybu

v kloubech, vylepšení posturálních poruch a chůze společně se zachováním co největší soběstačnosti pacienta. Rehabilitační léčba působí pozitivně nejen na motorické funkce, ale také na psychiku pacienta a tím ovlivňuje emotivitu a motivaci. Logopedická péče je zaměřena především na zachování nebo zlepšení řečového projevu, do něhož zahrnujeme artikulaci a hlas. V souvislosti s řečí se tato péče snaží o zlepšení poruchy polykání, která výrazně znesnadňuje komunikaci pacienta s okolím. Hypokinetickou dysartrií trpí 90 % všech pacientů s Parkinsonovou nemocí, ale pouze 4 % pacientů je vedeno v logopedické péči. Tato péče je dlouhodobá a je při ní vyžadována motivace a trpělivost pacienta. K příznakům této poruchy řadíme sníženou hlasitost, chraplavý drsný hlas, snížení hlasového rozsahu a rychlosti mluvy, také náhlé zpomalování a zrychlování řeči, či váhání a koktání. Uvedené obtíže se vyskytují v rozsahu od lehkých po středně těžké. Problémy mohou být se svaly hlasivek. Hlasivkový uzávěr se zcela neuzavře, nebo je naopak uzavřen velmi těsně a třetím problémem v souvislosti s hlasivkami jsou jejich nesprávné vibrace. Hlasivky se rychle unaví, což způsobí nízký a monotónní hlas. Problémy s polykáním má podle literatury až 94 % pacientů s Parkinsonovou nemocí. Dysfagií trpí většinou pacienti v pozdějších stádiích nemoci. Jsou tak vystaveni velkému riziku vzniku vážných zdravotních komplikací. Jedním z nejzávažnějších komplikací je aspirace potravy nebo tekutiny do plic. V souvislosti s Parkinsonovou nemocí se objevuje častý výskyt tzv. tichých aspirací, což je zatékání potravy, slin nebo tekutiny do plic. Pacienta zatékání nedráždí ke kašli, mnohdy ani nemusí vědět, že k něčemu takovému dochází. Jako důsledek zmíněné tiché aspirace může být zápal plic, které je jednou z nejčastějších příčin úmrtí v pozdějším stadiu Parkinsonovy nemoci. Klinický logoped je schopen nejen vyhodnotit polykací obtíže, ale také zahájit vhodnou terapii tzv. polykacích manévřů, či zvážit zavedení výživy enterální. (SLEZÁKOVÁ Z., 2014), (DUŠEK P., 2013).

1.5.3 NEUROCHIRURGICKÁ LÉČBA

Přestože současné chirurgické techniky jsou čím dál dokonalejší, stále jsou to zásahy do mozku, tudíž by jim měla předcházet důkladná snaha o léčbu klasickými způsoby. Chirurgicky je možno ovlivnit pouze některé z příznaků. Základní děje, které mají za následek vznik příznaků Parkinsonovy nemoci probíhají v bazálních gangliích, což jsou jádra v hloubi mozku. Jádra jsou vzájemně propojena do okruhů, ve kterých na sebe vzájemně navazují budivé a tlumivé spoje. V mozku postiženém nemocí některá jádra pracují nedostatečně a jiná vykazují nadměrnou aktivitu, příznaky onemocnění jsou

tedy způsobeny rozdílnou aktivitou jednotlivých jader. Zmírnění vysoké aktivity, a naopak obnova činnosti tlumených jader bazálních ganglií je základem metod tzv. funkční neurochirurgické léčby. Mezi tyto metody řadíme stereotaktickou lézi a hlubokou mozkovou stimulaci. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Stereotaktické léze jsou drobná poškození v místě bazálních ganglií, jimiž se potlačí nadměrná aktivita a může dojít ke zlepšení hybnosti. Těmito zásahy se od padesátých let 20. století dařilo zlepšovat jinak neléčitelné příznaky Parkinsonovy nemoci. K zaměření jader v hloubi mozku sloužila a stále slouží metoda tzv. stereotaxe. Umožní velice přesně zacílit na struktury uvnitř lebky s pomocí zobrazovacích metod (v dnešní době je to především MR) a zaměří mozková jádra pomocí souřadnicového systému, který je velice přesný. Zákrok není prováděn v celkové anestezii, pouze se znecitliví kůže a okostice v místech, kde se k lebce připevňuje stereotaktický rám. Tento rám je k pacientovi připevněn pouze dočasně, a to po dobu operace. Pomocí něj se navrtává otvor, kterým se do mozku zavádí tenká elektroda. Pronikání elektrody mozkovou tkání nebolí, neboť v ní nejsou uložena čidla pro vnímání bolesti. Výkon zmírňuje nebo úplně odstraňuje specifický příznak nemoci působením vysokofrekvenčního ohřevu kolem zavedeného konce elektrody, porušením drobného okrsku v bazálních gangliích. Skupina jader v thalamu je vhodnou oblastí zásahu pro potlačení tremoru na druhostranných končetinách. Zásah v tzv. vnitřním palidu zmírňuje bradykineze, rigiditu a zejména potlačuje dyskineze. Riziko vážného poškození mozku výrazně vzrůstá, pokud jsou tyto výkony prováděny na obou mozkových hemisférách. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

Hluboká mozková stimulace (DBS) je šetrnější technikou, při níž nedochází k porušení jádra nebo spoje bazálních ganglií. Nedochází při ní k žádnému porušení mozkové tkáně, z tohoto důvodu je i nižší výskyt komplikací a nežádoucích účinků. Do určeného jádra je stereotakticky implantována elektroda, která vysílá nízkonapěťový signál, jehož frekvence se pohybuje nad 100 Hz. Zmíněný signál vzniká ve stimulátoru, který je obdobně jako kardiostimulátor uložen pod kůží na hrudníku. Neustálou stimulací příslušné mozkové oblasti je potlačena její funkce a dochází k ovlivnění daného příznaku nemoci. Všechny hlavní parkinsonské příznaky lze potlačit stimulací subthalamického jádra, což se jeví jako nejvýhodnější místo k implantaci elektrody. Významným pozitivním vlivem stimulace je také podstatné snížení dávek léků, což má za následek vymizení nežádoucích polékových projevů, jako je fluktuace hybnosti, či dyskineze.

Druhým vyzkoušeným místem pro implantaci elektrody je jádro vnitřního palida. Stimulací této oblasti dochází nejen ke zmírnění základních příznaků, ale také k minimalizaci polékových komplikací. Léčba DBS má příznivý efekt nejen na hybnost, ale i na zmenšení nežádoucích účinků léků. I přesto, že uvedená léčba je nákladná a technicky náročná, navrácí těžce postiženého pacienta zpět do běžného života. Základní údaje o působení a implantaci DBS jsou podávány nemocným v pražském Centru extrapyramidových onemocnění. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.5.4 VÝVOJ NOVÝCH LÉKŮ A LÉČEBNÝCH POSTUPŮ

U Parkinsonovy nemoci probíhají mezinárodní studie zaměřené na výzkum nových léčiv. Pacientům v České republice se také nabízí účast v těchto studiích. Každá studie je podrobena přísnému schvalovacímu procesu, jehož částí je udělení souhlasu nadnárodních agentur a Státního úřadu pro kontrolu léků (SÚKL). Protokol o klinických zkouškách musí být schválen etickou komisí, která se zaměřuje především na informovanost pacientů. Je důležité, aby zájemce o začlenění do studie dostal informace o zkoušené látce, o cílech studie, o přínosu, ale také o rizicích a nepříjemnostech plynoucí z účasti na studii. Podpisem tzv. Informovaného souhlasu potvrdí svobodné rozhodnutí a zájem účastnit se studie. Kdykoliv během studie má právo odstoupit od uvedeného souhlasu bez narušení další péče v příslušném zdravotnickém zařízení. Souběžně s výzkumem nových léků probíhá vývoj stimulatorů, vylepšují se postupy zavádění a zvažuje se implantace elektrod v dřívějších stádiích onemocnění. Dlouhé zkušenosti jsou také s neurotransplantační léčbou. Základem této léčby je aplikace buněk schopných tvořit dopamin do mozku pacienta. Zaváděly se buňky získané z mozkové tkáně lidských embryí usmrcených při interrupcích. Složitá etická problematika uvedeného postupu a medicínské otázky nejsou zdaleka dořešeny, nemluvě o rezervovaném či vyloženě odmítavém názoru většiny vyspělých zemí. Další biologickou metodou léčby je nahrazení poškozených neuronů transplantací tzv. kmenových buněk. Tyto zárodečné buňky mohou být v laboratorních podmínkách rozmnoženy a geneticky upraveny tak, aby se vyvinuly do potřebné podoby, např. nervových buněk, které tvoří dopamin nebo růstové faktory. Uvedená léčba se především ve sdělovacích prostředcích vyzdvihuje jako nová léčebná naděje, ale je ještě daleko od skutečné realizace. Výzkum všech nových možností léčby je „během na dlouhou trať“, jehož cíl je v tuto chvíli velice vzdálený. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

1.6 SPOLEČNOST PARKINSON

Společnost nabízí pomocnou ruku nejen nemocným, ale i jejich rodinám a spolupracovníkům. Důležitá je informovanost o nemoci a vzájemná komunikace o potížích nejen mezi pacienty, ale také mezi lékaři a nelékařským zdravotnickým personálem. Podnět pro vznik společnosti byl dán lékaři z Neurologické kliniky 1. LF UK v Praze roku 1994. Jedná se o patientskou organizaci, jejími členy mohou být nemocní i jejich rodiny, zdravotníci a ostatní, kteří mají zájem pomáhat a zlepšovat kvalitu života nemocných a jejich blízkých. Společnost má v současné době po celé České republice osmnáct místních klubů, ve kterých eviduje přibližně 2000 členů. V klubech probíhá pravidelné cvičení v tělocvičnách, v bazénech, tréninky paměti, ergoterapie, nácvik mluvy s logopedem. Pořádají se setkání, přednášky, výlety za kulturou, společenské a sportovní akce. 1. výstup parkinsoniků na horu Říp se konal v roce 2008. Společnost organizuje rekondiční pobyty, na kterých se pacientům věnují kvalifikované cvičitelky, logopedi a fyzioterapeuti. Díky dotacím je cena těchto pobytů zvýhodněná. Každý měsíc společnost vydává časopis Parkinson, který je určen členům s fyzickým omezením, jež jim znemožňuje osobní účast na setkáních. Na webových stránkách je k dispozici fórum pro přímou komunikaci s poradnou nebo se zkušenějšími nemocnými. Jedná se o webové stránky www.parkinson-cz.net. (ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. A KOL., 2009).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

Cílem druhé části práce je podrobný popis ošetrovatelské péče, která byla realizována metodou ošetrovatelského procesu u pacientky domova pro seniory se zvláštním režimem. Na kazuistiku byl aplikován ošetrovatelský model Virginie Henderson. Pacientka žije v domově pro seniory již třetím rokem (od roku 2015). Parkinsonova nemoc byla lékaři diagnostikována v jejích 48 letech. Od roku 2003 je léčena pomocí hluboké mozkové stimulace (DBS), která jí byla zavedena v pražské nemocnici Na Homolce. Pacientka byla do zdravotně-sociálního zařízení přijata ve věku 78 let. Po smrti manžela žila v bytě sama, pouze zaměstnanci agentury domácí péče ji dopravovali vždy v poledne jídlo. Zvyšující se frekvence pádů a postupné zhoršování zdravotního stavu donutilo rodinu pacientky vyhledat specializované pobytové zařízení pro osoby trpící Parkinsonovou nemocí. Dle modelu Teorie základní ošetrovatelské péče od Virginie Henderson byla vypracována ošetrovatelská anamnéza a na podkladě zjištěných údajů byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA-I Taxonomie II 2015-2017, které byly uspořádány dle priorit. Vybrané ošetrovatelské diagnózy byly následně rozpracovány. Plán ošetrovatelské péče byl navržen, realizován a poté vyhodnocen.

Informace potřebné ke zhodnocení zdravotního stavu byly získány pozorováním, přímým zapojením do péče o pacientku, rozhovorem s pacientkou, její rodinou a s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Další informace byly zjištěny z lékařské, ošetrovatelské a sociální dokumentace, která byla započata v den příjmu pacientky do domova pro seniory se zvláštním režimem. Uvedené informace byly použity se souhlasem pacientky.

Na základě zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, jsou níže uvedené identifikační údaje o pacientce smyšlené.

2.1 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Jméno a příjmení: M.V.

Pohlaví: žena

Věk: 81 let

Vzdělání: středoškolské

Bydliště: domov pro seniory se zvláštním režimem, dříve v bytě

Státní příslušnost: česká

Stav: vdova od roku 2013

Povolání: důchodce, dříve pracovala v administrativě

Den přijetí do domova seniorů se zvláštním režimem: 4. 7. 2015

Důvod přijetí: zhoršení zdravotního stavu, snížení soběstačnosti v běžných denních činnostech, zvyšující se frekvence pádů, zhoršená pohyblivost a chůze

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA

Medicínská diagnóza hlavní: G 20 – Parkinsonova nemoc

Medicínské diagnózy vedlejší: při nástupu do domova seniorů se zvláštním režimem byly stanoveny vedlejší medicínské diagnózy.

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

E78 – Poruchy metabolismu lipoproteinů a jiné lipidemie

E72.1 – Hyperhomocysteinemie

R73.0 – Abnormální test glukózové tolerance

K57.3 – Divertikulární nemoc tlustého střeva bez perforace nebo abscesu

K59.0 – Zácpa

2.2 ANAMNÉZA

Potřebné anamnestické informace byly získány ze zdravotnické dokumentace, která byla zavedena v den nástupu pacientky do domova pro seniory se zvláštním režimem. Tato data byla průběžně aktualizována, poslední aktualizace byla provedena dne 14. 7. 2017.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zemřela na zápal plic v 76 letech

Otec: zemřel na infarkt myokardu v 75 letech

Bratr: dosud žije (75 let) – stav po CMP, v invalidním důchodu

Synové: 60 let – bez chronické medikace, zdrav, 66 let – hypertenze

OSOBNÍ ANAMNÉZA

V dětství: běžná dětská onemocnění.

Hospitalizace a operace: v roce 2003 diagnostikována Parkinsonova nemoc, oboustranná chronická mozková stimulace subthalamických jader, provedena implantace elektrod a zahájení hluboké mozkové stimulace (DBS) v březnu roku 2003, dle kolonoskopie v roce 2013 divertikulóza sigmoidea, v březnu 2017 úprava spojovacího kabelu mezi elektrodou a neurostimulátorem na levé straně skalpu.

Úrazy: luxace levého ramene v roce 2015

Očkování: proti tetanu 23. 9. 2015, po nástupu do domova pro seniory se zvláštním režimem je pravidelně každý rok očkována proti chřipce, poslední očkování bylo provedeno 12. 10. 2017.

Nynější onemocnění: Parkinsonova nemoc, arteriální hypertenze, hyperlipoproteinemie, hyperhomocysteinemie, porucha glukózové tolerance na dietě, divertikulóza sigmoidea a chronická obštipace.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacientka je alergická na léky: Sirdalud (Tizanidini hydrochloridum – myorelaxancium), Viregyt-K (antivirotikum). Potravinové alergie, alergie na chemické látky či jiné pacientka neguje.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Nynější farmakologická anamnéza (viz. Tabulka 1) byla indikována ošetřujícím lékařem v den nástupu do domova seniorů se zvláštním režimem. Chronická a časovaná medikace je pacientce připravovaná a podávaná všeobecnými sestrami, sama toho není schopna.

Tabulka 1 Chronická a časovaná medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Isicom	tbl.	100 mg	6-12-15-18-21	Antiparkinsonikum
Velaxin	tbl.	150 mg	0 - 1 - 0 - 0	Antidepressivum
Mirzaten	tbl.	45 mg	0 - 0 - 0 - 1	Antidepressivum
Sortis	tbl.	10 mg	0 - 0 - 0 - 1	Hypolipidemikum
Quetiapine	tbl.	25 mg	0 - 1 - 0 - 0	Antipsychotikum
Diazepam	tbl.	5 mg	0 - 0 - 1 - 0	Anxiolytikum
Betaloc ZOC	tbl.	25 mg	0 - 0 - 1 - 0	Antihypertenzivum
Acidum Folicum	tbl.	10 mg	0 - 1 - 0 - 0	Antianemikum
Hydrochlortiazid	tbl.	25 mg	1/2 v 6 hod. (Út+So)	Antihypertenzivum
Donepezil	tbl.	10 mg	0 - 0 - 0 - 1/2	Kognitivum

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace, 2017

ABÚZY

Alkohol: příležitostně bílé víno (s návštěvou cca jednou za měsíc).

Kouření: 0

Káva: ano, 2x denně.

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarche: v 17 letech, cyklus pravidelný, nikdy neužívala hormonální antikoncepci.

Porody: dva porody bez komplikací.

Potraty: 0

Menopauza: v 50 letech

Poslední gynekologická prohlídka: pacientka přesný rok neudává, ale pravděpodobně, dle jejích slov, před nástupem menopauzy.

Mamografické vyšetření prsou: v 63 letech

Samovyšetření prsou: neprovádí

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdova od roku 2013

Bytové podmínky: domov pro seniory se zvláštním režimem, jednolůžkový pokoj

Vztahy a role: vztahy s ostatními seniory dobré, navštěvují se navzájem na pokojích, vztahy s ošetřujícím personálem dobré, kontakt s rodinnými příslušníky pravidelný, synové s rodinami pacientku navštěvují každý víkend.

Volnočasové aktivity: luštění křížovek, čtení románů a detektivek, cvičení, výlety, keramická dílna, kurzy vaření pořádané fyzioterapeuty a ergoterapeuty v domově seniorů, filmový klub a sledování televize.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: středoškolské.

Zaměstnání: nyní je důchodkyně, dříve pracovala v administrativě.

Odchod do důchodu: starobní důchod od 57 let.

Vztahy na pracovišti: 0

Ekonomická situace: dobrá.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: je katolička, pokřtěná v římskokatolickém kostele, nyní do kostela nechodí, ani na mše pořádané v domově seniorů, dle svých slov: *už tomu nerozumí.*

VITÁLNÍ FUNKCE

Vitální funkce ze dne přijetí do domova pro seniory se zvláštním režimem nebyly k dispozici. Vitální funkce zjištěné fyzikálním vyšetřením v souvislosti s tvorbou této bakalářské práce ze dne 2. 11. 2017.

Krevní tlak: 122/67 mmHg

Dechová frekvence: 18 dechů/minutu

Puls: 60 tepů/minutu

Tělesná teplota: 36,6 °C

Výška: 158 cm

Váha: 76 kg

BMI: 30,44

Stav vědomí: plné vědomí

Řeč: plynulá, srozumitelná

Pohyblivost: omezená, s chodítkem pouze s doprovodem, invalidní vozík

Orientace místem, časem, osobou: orientovaná

Na základě výše uvedených vitálních funkcí pacientky vyplývá, že jejich hodnoty byly v normě. Stav vědomí byl bez patologických odchylek, ale z výpočtu BMI vyplynulo, že pacientka trpí nadváhou. Při rozhovoru ze dne 2. 11. 2017 byla řeč pacientky plynulá a srozumitelná. Pohyblivost pacientky byla vyhodnocena jako omezená, neboť je schopna používat kompenzační pomůcku (chodítko) pouze s doprovodem a na krátkou vzdálenost. Delší časový úsek nebo větší vzdálenost překonává pouze na invalidním vozíku za pomoci druhé osoby. Oblast orientace nebyla zhoršena, pacientka byla orientovaná,

místem, časem i osobou. Verbálně sdělila adresu domova pro seniory se zvláštním režimem, své jméno, datum narození a také datum dne našeho rozhovoru.

2.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU

Zdravotní stav pacientky byl posuzován a zaznamenán dne 2. 11. 2017. Získané informace byly seřazeny a zjišťovány dle Nejedlé (2011). Před samotným fyzikálním vyšetřením byla pacientka poučena o důvodu a způsobu vyšetření. Během samotného vyšetření pacientka spolupracovala, ptala se na význam a hodnoty zjištěných údajů, které jí byly ihned sděleny a následně vysvětleny. Pacientka byla klidná, bez známek zmatenosti nebo neklidu i po skončení vyšetření.

Hlava: lebka normocefalická s hmatnými výstupy elektrod k DBS po obou stranách, poklepově nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé, inervace facialis správná, kůže bez patologických změn, vlasy prořídle.

Oči: obočí husté, víčka bez patologických změn, oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná.

Uši, nos: bez výtoku.

Rty: růžové, bez cyanózy, souměrné.

Dásně, sliznice dutiny ústní: vlhká, růžová, bez viditelných defektů

Jazyk: růžový, vlhký, plazí ve střední čáře.

Tonzily: nezvětšené.

Chrup: snímatelná zubní náhrada.

Krk: bez otoků, souměrný, krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně nezvětšená, krční uzliny a štítná žláza nezvětšené.

Hrudník: souměrný, bez deformit, prsy bez hmatné rezistence, pohyby symetrické na obou stranách.

Plíce: dýchání bez patologií, poklep plný jasný.

Srdce: srdeční akce pravidelná, puls dobře hmatný, srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, nehmatný.

Břicho: měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, souměrné, slyšitelná peristaltika

Játra: nepřesahují pravý oblouk žeberní, měkká, palpačně nebolestivá.

Slezina: nehmatná.

Ledviny: bimanuálně nehmatné, tapotement 0.

Genitál: normálně vyvinutý, bez výtoku.

Uzliny: nehmatné.

Páteř: pohyblivá, zakřivení fyziologické.

Klouby: pohyblivost omezená v souvislosti s věkem.

Reflexy: zpomalené.

Periferní pulzace: oboustranně hmatná.

Varixy: lýtka palpačně nebolestivá, drobné varixy na dolních končetinách.

Kůže: kožní turgor normální, bez defektů, neporušená kožní integrita.

Otoky: bez otoků.

2.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON

Posouzení proběhlo dne 2. 11. 2017. Jako zdroje informací byly použity rozhovory s pacientkou, objektivní pozorování a ošetrovatelská dokumentace. Základní potřeby, které jsou souhrnem následujících 14 elementárních potřeb, byly seřazeny podle publikace Modely ošetrovatelství v kostce. (PAVLÍKOVÁ S., 2010).

NORMÁLNÍ DÝCHÁNÍ

Subjektivně: *Dýchá se mi bez problémů, při velké námaze se zadýchám hodně a když mám chřipku nebo rýmu.*

Objektivně: Dýchání je spontánní. Pacientka trpí námahovou dušností. Dýchání je pravidelné. Počet dechů za minutu je 18. Nemá kašel ani rýmu. Hloubka dechu je normální bez vedlejších dechových fenoménů. Teplota na pokoji je 25 °C, pacientka je zimomřivá, má ráda teplo. Na podporu dýchání neužívá žádné léky.

Ošetrovatelský problém: 0

Měřicí technika: měření dechové frekvence.

DOSTATEČNÝ PŘÍJEM POTRAVY A TEKUTIN

Subjektivně: *S jídlem nemám žádný problém, chutná mi všechno. Snídani sním vždycky celou, potom si dám nějaký jogurt na svačinu, oběda většinou půl nechám, protože už se těším na kafičko a nějakou sladkost. Rodina mě zásobuje jogurty, tatrancami, perníčky a dalšími sladkostmi. Mám nadváhu, ale je to z toho, že pořád sedím na vozíku a pořádně už neudělám ani krok. Večeři vždycky sním celou, protože to už mám hlad, je to na mě docela pozdě. Žízeň nemám, ale nechávám na stole skleničky s čajem a postupně upíjím.*

Objektivně: Pacientka měří 158 cm a váží 76 kg, BMI 30,44, nadváha. Při nástupu do domova pro seniory se zvláštním režimem (rok 2015) pacientka vážila 65 kg. Během dvou let došlo k nárůstu hmotnosti o 11 kg. Kontrola hmotnosti je prováděna jednou za čtvrtletí. Pacientka má dietu číslo 3 ML (racionální mletá). Denní příjem stravy se skládá ze snídaně, svačiny, oběda, svačiny a večeře. Chuť k jídlu má normální. Zvládne se najíst sama, jen s dopravou ke stolu a přípravou studené kuchyně potřebuje pomoc personálu. Snídani a svačinu obvykle jí u stolu, ve svém pokoji, obědvá v jídelně s ostatními

pacienty, svačinu a večeři jí opět ve svém pokoji. Z důvodu volnější zubní náhrady a problémům s polykáním má stravu mletou. Na svačinu si každý den bere jogurt a ovoce, které se nemusí loupát, nebo se loupe snadno, jako banán. Když je ke snídani nebo na svačinu pomeranč, kiwi, mandarinka, personál ovoce vždy oloupe a nakrájí na menší kousky. Pacientka má ráda nastavovanou kaši, toto jídlo má ráda už od dětství, chutná ji lepenice a všeobecně sladká jídla. Na příjem stravy není potřeba výrazněji dohlížet.

Tekutiny jsou ošetřujícím personálem doplňovány a nabízeny při každé návštěvě pokoje. Sama nemá potřebu se napít, z toho důvodu si nechává na stole vždy dvě až tři skleničky s čajem nebo minerálkou. U pacientky se sleduje příjem tekutin, na stole v pokoji má v dosahu umístěnou termosku s čajem, který je doléván pravidelně a každé ráno vyměněn za čerstvý. Rodina pacientky jednou týdně dováží minerálky a džusy, které se nechávají v lednici na pokoji a v dosahu pacientky. Během pozorování pacientka vypila 2 termosky o obsahu 0,5 l a tři sklenice minerálky, tedy 1,75 litru tekutin. Kožní turgor je v normě.

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí technika: BMI, příjem tekutin.

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivně: *Na velkou chodím jednou za tři nebo čtyři dny, mívám zácpu, to pak musím volat personál, aby mi pomohl dostat se na toaletu. Během dne volám na čůrání personál, sama bych to nestihla, ale stejně mám natahovací kalhotky, kdyby náhodou. Na noc mám plenky, protože bych se v noci nikam nedostala, a ještě bych spadla na zem.*

Objektivně: Pacientka má problémy s funkční inkontinencí, během dne proto používá natahovací kalhotky. Je za ně ráda, protože v případě časové tísně a nemožnosti rychlého přesunu na WC kalhotky personál ihned vymění a nedochází k dlouhodobému mu kontaktu mezi kůží a močí. Při přesunech na toaletu si vždy volá personál, který ji pomáhá se svlékáním a přesunem z invalidního vozíku na mísu. Zvládá si zavolat personál použitím signalizačního zařízení ještě v předstihu, kalhotky ji mnohdy vydrží suché celý den. Během noci používá klasické inkontinentní pomůcky (plenky) z důvodu obavy před pádem z postele. Pokud pocítí nucení na stolicí, vždy si zavolá personál a zvládne se vyprázdnit na toaletě. Trpí zácpou, což je součástí nemoci, proto pravidelně konzumuje

jogurty, zákysy a mléko. Laxativa neužívá. Stolice je hnědé barvy bez patologické příměsi.

Ošetrovatelský problém: funkční inkontinence moči.

Měřicí technika: frekvence výměny inkontinentních pomůcek, rozhovor s pacientkou.

Priorita: střední.

POHYB A UDRŽOVÁNÍ VHODNÉ POLOHY

Subjektivně: *Ujdu s chůzí jen malý kousek, když mám u sebe někoho s personálu, zvládnou se z postele přesunout do invalidního vozíku, ale to mi taky musí pomoci personál. Nechodím sama.*

Objektivně: Pacientka je chodící s chůzí a za pomoci personálu pouze na krátkou vzdálenost. Dopravuje se během dne na invalidním vozíku za pomoci personálu. Zvládne přesun na lůžko a na toaletu, ale opět za pomoci personálu. Na základě škály k vyhodnocení rizika pádu získala 4 body. Pacientka má vhodnou obuv (zdravotní obuv s fixačními pásky kolem hlezenního kloubu), používá signalizační zařízení, které je v dosahu. Podlaha v pokoji je protiskluzová bez koberců a nerovností, nábytek je rozmístěn kolem zdí, aby nebránil v průjezdu invalidnímu vozíku. Dveře jsou široké, opatřené madlem, chodby jsou také dostatečně široké a na obou stěnách opatřeny madly. Pacientka má na nočním stolku lampičku a signalizační zařízení viditelné i ve tmě. Polohování zvládne pacientka sama, nad lůžkem je umístěna hrazda, pomocí které se dokáže přitáhnout.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu, zhoršená tělesná pohyblivost.

Měřicí technika: vyhodnocení rizika pádu za použití Jednoduchého „screeningového“ nástroje pro určení rizika pádu (viz příloha D).

Priorita: střední

SPÁNEK A ODPOČINEK

Subjektivně: *Spím dobře, v noci se nebudím a ráno se probouzím kolem půl sedmé. Závisí to také na tom, jestli je léto nebo zima. V létě se budím i v pět hodin, a naopak v zimě, kdy je tma, bych spala až do osmi.*

Objektivně: Pacientka spí denně 8 až 9 hodin, trpí depresí a úzkostí, z toho důvodu jsou jí podávány pravidelně ve 21 hod. léky naordinovány lékařem. Po podání medikace spí pacientka klidně, ráno se budí obvykle kolem sedmé hodiny. Dříve chodívala spát před půlnocí. Před operačním zákrokem, kdy ji implantovali elektrody pro hlubokou mozkovou stimulaci, trpěla dyskinezemi horních i dolních končetin, což ji velice vyčerpávalo. Po aktivaci neurostimulátoru se dyskineze objevují během dne pouze na dolních končetinách, za což je pacientka vděčná, protože se necítí tak unavená. Je zvyklá spát na zádech, má ráda vyšší polštář. Usíná u sledování televizních pořadů poté, co se s pomocí personálu převlékne do pyžama, vyndá si zubní náhradu a navlékne si inkontinenční pomůcku (plenu). Zkontroluje umístění signalizačního zařízení ve svém dosahu. Během dne odpočívá po obědě ve své posteli, kde si dle svých slov „na hodinku zdřímne, aby byla čilá na odpolední aktivity“.

Ošetrovatelský problém: 0

VHODNÉ OBLEČENÍ, OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ

Subjektivně: *Jsem schopna si svléknout a obléknout jen spodní košilku a halenku se zapínáním na knoflíčky. Sice mi to dlouho trvá, ale alespoň něco zvládnou.*

Objektivně: Pacientka není schopna se obléknout, s oblékáním a svlékáním je nutná pomoc personálu. Večer si ve skříni vybere oblečení na následující den, které položí na křeslo vedle postele. Personál ráno pomůže pacientce se posadit, svlékne noční košili, sundá použitou inkontinenční pomůcku, omyje a namaže genitál a hýždě, oblékne jednorázové natahovací kalhotky, kalhoty. Poté si pacientka sedne do invalidního křesla, kde ji personál oblékne ponožky a boty, spodní košilku si zvládne obléci sama, s trikem ji musí personál opět pomoci. Pacientka si během cesty do koupelny, která je na pokoji ještě může říci o svetr, v závislosti na okolní teplotě. V testu Základních všedních činností (ADL) získala pacientka 50 bodů, což bylo vyhodnoceno jako závislost středního stupně.

Ošetrovatelský problém: deficit sebepěče při oblékání a svlékání.

Měřicí technika: Barthelové test základních všedních činností ADL (viz příloha E).

Priorita: střední.

UDRŽOVÁNÍ FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ TEPLoty

Subjektivně: *Jsem pořád zmrzlá, raději na sobě mám svetr a na nohách deku. Hlavně když jedeme na cvičení, je tam průvan a na mě fouká.*

Objektivně: Pacientka není schopna se sama obléknout nebo převléknout, oblečení jí připravuje personál a také jí pomáhá s oblékáním a svlékáním. Je bez zvýšené teploty, měření teploty provádíme vždy jednou denně, nebo dle individuální potřeby pacientky.

Ošetrovatelský problém: 0

Měřicí technika: měření tělesné teploty za použití digitálního teploměru.

UDRŽOVÁNÍ UPRAVENOSTI A ČISTOTY TĚLA

Subjektivně: *S koupáním mi musí pomoci personál, i s mytím vlasů a sušením, zvládnou si jen umýt hrudník, břicho a stehna, dál už nedosáhnu, protože sedím na židli.*

Objektivně: Pacientka není schopna celkovou hygienu provést samostatně. Celková koupel se provádí jednou za týden i s umytím vlasů. Vlasy má pacientka krátké, nebarvené, úpravu vždy kontroluje v zrcadle, které má připravené na stole v pokoji. Během fénování vlasů si vybere z police fixační přípravek (tužící pěna, lak nebo tužící gel). Pokud si pacientka přeje koupel mimo termín v harmonogramu, domluví se s personálem na určitý den odpoledne. Večer před koupelí připraví personál ve spolupráci s pacientkou oblečení a hygienické potřeby. Čištění chrupu je prováděno personálem vždy dvakrát denně, večer po převléknutí do noční košile a po obědě. U pacientky byla vyhodnocena závislost středního stupně na základě Barthelova testu základních všedních činností ADL.

Ošetrovatelský problém: deficit sebepěče při koupání a hygieně.

Měřicí technika: Barthelové test základních všedních činností ADL (viz příloha E).

Priorita: střední.

ODSTRAŇOVÁNÍ RIZIK Z ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ A ZABRÁNĚNÍ VZNIKU POŠKOZENÍ SEBE I DRUHÝCH

Subjektivně: *Volám personál pomocí zvonku kdykoliv, když něco potřebuji. Sama nikam nechodím, bojím se, že spadnu.*

Objektivně: Pacientka je při vědomí, orientovaná časem, místem i osobou. Je si vědoma svých problémů s chůzí. Bojí se pádu, proto chodí s kompenzační pomůckou pouze za přítomnosti člena personálu nebo rehabilitačního pracovníka. V rámci pokoje se pohybuje samostatně na invalidním vozíku. Prostor kolem pacientky je upraven tak, aby mohla bez problémů dojet do koupelny k umyvadlu, na toaletu, ke stolu, k lednici a ke skříni s oblečením. Přejížděvací lišty mezi pokojem, toaletou a koupelnou minimalizují úsilí, které je zapotřebí k překonání rozdílné výšky podlahy. Signalizační zařízení je k dispozici v koupelně, na toaletě, u postele a také u stolu. U pacientky je vyšší riziko pádu, které bylo vyhodnoceno na základě Jednoduchého „screeningového“ nástroje pro určení rizika pádu, ve kterém získala 4 body.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu.

Měřicí technika: Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu (viz příloha D).

Priorita: střední.

KOMUNIKACE S JINÝMI OSOBAMI, VYJADŘOVÁNÍ EMOCÍ, POTŘEB, OBAV A NÁZORŮ

Subjektivně: *Nejraději si čtu nebo se také dívám na televizi, těším se na návštěvy synů, s nimi si povídám a s holkami na kurzu vaření nebo na cvičeních, které se tady pořádají.*

Objektivně: Pacientka komunikuje bez problémů s personálem i s ostatními pacienty. Její řeč je někdy tichá, ale nemá problém svůj požadavek nebo informaci znovu zopakovat. Ráda si povídá o knihách a televizních pořadech, které viděla. Mezi personálem má své oblíbené pracovníky, kterým se svěřuje se svými starostmi a obavami. Každý týden za ní přijíždějí synové s rodinou, se kterými udržuje hezké vztahy. Vyzvedávají si ji na oslavy, svátky a výročí a vozí ji s sebou domů na dva nebo i tři dny. S ostatními pacienty si také ráda povídá během cvičení paměti, na kurzech, které se uskutečňují v domově seniorů se zvláštním režimem, během výletů a projížděk po zahradě. Stav kognitivních funkcí je u pacientky normální. Podle hodnotící škály Mini-Mental State Examination (MMSE) dosáhla 29 bodů.

Ošetrovatelský problém: 0

Měřicí technika: Mini-Mental State Examination (viz příloha F).

VYZNÁVÁNÍ VLASTNÍ VÍRY

Subjektivně: *Do kostela jsem chodívala s maminkou, když jsem byla malá. Jsem pokřtěná, ale do kostela už nechodím.*

Objektivně: Pacientka byla pokřtěna v římskokatolickém kostele, do kterého chodívala s maminkou. Nyní do kostela nechodí, ani na mše, které se konají každou neděli v místní kapli. Má v nočním stolku schovaný růženec po mamince, se kterým se občas večer modlí.

Ošetrovatelský problém: 0

SMYSLUPLNÁ PRÁCE

Subjektivně: *Nenudím se tady, pořád mám co dělat a pořádají se tady různé akce a setkání, na které pravidelně jezdím.*

Objektivně: Vždy ráda četla, luštila křížovky a osmisměrky, s manželem v mládí chodívali tančit. Nyní se věnuje četbě (půjčuje si knihy z místní knihovny), nejraději čte červenou knihovnu. Knihy v měkké vazbě se jí lépe drží a nebolí ji z nich ruce. Sleduje také zprávy, české seriály, romantické filmy, filmy pro pamětníky. Nemá ráda kriminální filmy a střelení. Z aktivit organizovaných domovem pro seniory se zvláštním režimem se účastní skupinového cvičení (každý všední den dopoledne), koncertů a promítání filmového klubu (dvakrát týdně), keramické dílny a kurzu vaření (dvakrát týdně). O sobotách a nedělích se schází s ostatními pacienty v jídelně, vyprávějí si o svém mládí, dětství a ukazují si navzájem fotografie a pohlednice z cest.

Ošetrovatelský problém: 0

ÚČAST NA RŮZNÝCH FORMÁCH ODPOČINKU A RELAXACE

Subjektivně: *Odpocívám u knihy nebo u televize, občas se odpoledne na hodinu natáhnou do postele a zase jsem čilá jako rybička.*

Objektivně: Pacientka jezdí ráda s rodinou do zahrady ve vnitrobloku domova. Během letních měsíců zde tráví každé druhé odpoledne, prohlíží květiny a keře a vyhřívá se na sluníčku. Je zimomřivá, jak o sobě tvrdí a má ráda teplo a slunce. Když počasí nepřeje, je deštivo nebo mráz a sníh, sedí u stolu a čte. Poté sděluje personálu a rodině příběhy, kterými si krátila dlouhou chvíli. Po cvičení, které se koná třikrát týdně si přivolá

signalizačním zařízením personál, s jehož pomocí si lehne do postele a na hodinu si zdřímne. Hodně jí to pomáhá proti únavě, odpoledne zvládne další aktivity.

Ošetrovatelský problém: 0

UČENÍ, OBJEVOVÁNÍ NOVÉHO, ZVÍDAVOST A VYUŽÍVÁNÍ DOSTUPNÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Subjektivně: *Čtu stále nové knihy, mám na stole kalendář, abych nezapomněla na něco důležitého a nosím si s sebou mobilní telefon, notýsek s telefonními čísly a adresami.*

Objektivně: Pacientka dříve žila v bytě s manželem, po jeho smrti bydlela dlouho sama, až zvyšující se frekvence pádů a zhoršení hybnosti přinutily její rodinu k hledání zdravotně-sociálního zařízení. Pamatuje si svou ošetřující lékařku, klíčového pracovníka a další členy ošetrovatelského týmu. Je zde spokojená, ráda jezdí domů se svou rodinou, ale ještě raději se vrací zpět, kde už má svůj domov. Uvědomuje si své onemocnění a také postupné zhoršování zdravotního stavu. Také si je vědoma toho, že na zhoršující se příznaky onemocnění není sama, vždy je někdo z personálu nablízku.

Ošetrovatelský problém: 0

2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 2. 11. 2017

Žena, 81 let, žijící dlouhodobě v domově pro seniory se zvláštním režimem, trpící Parkinsonovou nemocí. Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, podle Mini-Mental State Examination dosáhla 29 bodů, tedy normální stav. Pacientce byly dnes ráno naměřeny tyto fyziologické funkce: TK: 122/67 mmHg, P: 60/min., D: 18/min., TT: 36,6°C. Pacientka se cítí dobře, během dopoledne se účastnila aktivizačního cvičení s ostatními pacienty pod vedením aktivizačního pracovníka. Pacientka je schopna chůze pouze s chodítkem a dopomocí druhé osoby. Schopná polohy v sedě v křesle nebo v invalidním vozíku. Stravování u studené kuchyně s pomocí, obědy a teplá jídla samostatně. Dieta č. 3 ML (racionální mletá). Hygiena s pomocí personálu, močová inkontinence funkční, používá inkontinenční pomůcky (během dne natahovací kalhotky, na noc plenkové kalhotky), oblékání s pomocí personálu. Na základě Barthelové testu základních všedních činností ADL, při kterém získala 50 bodů, byla vyhodnocena závislost středního stupně. Léky užívá pod dohledem personálu, který je také připravuje dle rozpisu lékaře. Sluch je v normě, zrak zhoršený (dioptrické brýle na dálku i na blízko). Pacientka s pokročilou Parkinsonovou nemocí, s pozdními komplikacemi léčby, od roku 2003 léčena pomocí hluboké mozkové stimulace. Dobrý efekt na hybnost, později však progrese poruchy stoje a chůze s častými pády. Jako nástroj pro zjištění rizika pádu pacientky byl použit Jednoduchý „screeningový“ dotazník pro určení rizika pádu, celkový počet byl 4 body. Pacientka nemá žádné kožní defekty, dle stupnice podle Nortonové dosáhla 20 bodů, což znamená zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů (viz příloha G). Nemá zavedeny žádné invazivní vstupy.

2.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE NANDA I TAXONOMIE II

Uvedeny jsou ošetřovatelské diagnózy seřazené podle Herdmana a Kamitsuru (2016), které byly u pacientky stanoveny dne 2. 11. 2017. Realizaci po dobu 10 dnů prováděla autorka této práce, všeobecné sestry, které o pacientku také pečovaly a ostatní ošetřovatelský personál domova pro seniory se zvláštním režimem. Hodnocení proběhlo po deseti dnech, tj. 12. 11. 2017. Ošetřovatelské diagnózy jsou uspořádány podle priorit a rozděleny na aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy. Podrobně rozpracovány jsou čtyři aktuální diagnózy (00020 Funkční inkontinence moči, 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost, 00109 Deficit sebepěče při oblékání, 00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně) a dvě potenciální diagnózy (00039 Riziko aspirace, 00047 Riziko narušení integrity kůže).

2.6.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Funkční inkontinence moči – 00020 z důvodu zhoršené pohyblivosti projevující se pozdním dopravením na toaletu a částečným únikem moči.

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída 1. Funkce močového systému

Definice: Neschopnost normálně kontinentní osoby dojít na toaletu včas tak, aby nedošlo k neúmyslnému úniku moči.

Určující znaky: čas potřebný k dojití na toaletu je příliš krátký, únik moči před dosažením toalety.

Související faktory: neuromuskulární poškození, oslabené svalové dno pánevní.

Priorita: střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka použije v časovém předstihu signalizační zařízení pro přivolání personálu, který jí pomůže bez úniku moči na toaletu – 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedochází k maceraci pokožky a vzniku iritační dermatitidy – během pobytu v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Interval hodnocení: každých 24 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka používá během dne jednorázové inkontinentní pomůcky, které často zůstanou suché až do večerních hodin – do 24 hodin.

Pacientka umí včasným použitím signalizačního zařízení přivolat personál, který jí pomůže při přesunu na toaletu – do 24 hodin.

Pacientka má zachovanou celistvost kůže, nedochází k maceraci pokožky, nemá iritační dermatitidu – do 24 hodin.

Plán intervencí:

1. Zajisti funkční signalizační zařízení v dosahu pacientky – do 1 hodiny – všeobecná sestra.
2. Připrav na toaletu čistou inkontinentní pomůcku a hygienické pomůcky, pro případ úniku moči – do 3 hodin – všeobecná sestra, pečovatelka.
3. Nasad' na toaletní mísu zvýšený sedák pro snadnější vstávání z toalety – do 1 hodiny – všeobecná sestra, pečovatelka.
4. Pečuj o pokožku intimních míst, aby nedošlo k poškození, vzniku iritační dermatitidy a k maceraci pokožky – dvakrát denně – všeobecná sestra.
5. Edukuj pacientku o nevhodnosti zvýšeného příjmu tekutin a kávy ve večerních hodinách – jednou denně v odpoledních hodinách – všeobecná sestra.

Realizace:

Pacientka dle doporučení všeobecné sestry více doplňovala tekutiny během dopoledne a brzy odpoledne. Kofeinové nápoje konzumovala nejpozději v 16 hodin. S časovým předstihem informovala personál pomocí signalizačního zařízení o nutnosti doprovodu na toaletu. Na toaletě se sama chytila madla a postavila se, jednou rukou si sama sundala kalhoty a inkontinenční pomůcku. Po vykonání potřeby se opět postavila k madlu, personál jí oblékl natahovací kalhotky a kalhoty. Pacientka si za pomoci personálu sedla do invalidního vozíku a sama se přesunula zpět ke stolu. U večerní toalety byla provedena kontrola celistvosti a stavu kůže, omyta Menalindovým sprejem, namazána Menalindovou pastou.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka používá signalizační zařízení v předstihu a nedochází k úniku moči. Pacientka během dne nepotřebovala měnit inkontinenční pomůcky. Cítí se dobře a pohodlně v suchých natahovacích kalhotkách. Nepocit'uje svědění a pálení v intimní oblasti. Celistvost kůže je zachována, kůže není ve vlhkém prostředí, není macerovaná, není viditelná iritační dermatitida. Přestože krátkodobý cíl byl splněn, je potřeba v naplánovaných intervencích: 2, 4, 5 nadále pokračovat.

Zhoršená tělesná pohyblivost – 00085 z důvodu základního onemocnění projevující se nekoordinací končetin.

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 2. Aktivita/cvičení

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

Určující znaky: potíže při otáčení, posturální nestabilita, zpomalené, trhavé a nekoordinované pohyby.

Související faktory: neuromuskulární poškození, snížení svalové síly.

Priorita: střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna pohybu v rámci svého pokoje a také společných prostor s pomocí invalidního vozíku – 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka zlepší pohyblivost a koordinaci končetin – v průběhu pobytu v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Interval hodnocení: každých 24 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka umí manipulovat s invalidním vozíkem a jeho brzdovým systémem – do 24 hodin.

Pacientka zná umístění signalizačních zařízení a umí je použít – do 24 hodin.

Pacientka verbalizuje větší jistotu během dopravy a přesunu na toaletu – do 48 hodin.

Plán intervencí:

1. Zajisti pomoc personálu při přesunech na toaletu, přesunu z lůžka na invalidní vozík a zpět – vždy – všeobecná sestra, pečovatelka.
2. Zajisti umístění invalidního vozíku v těsné blízkosti lůžka – před ranní a večerní hygienou – všeobecná sestra, pečovatelka.
3. Zkontroluj technický stav a náročnost obsluhy invalidního vozíku – denně – všeobecná sestra, pečovatelka.
4. Informuj pacientku o správném postupu brzdění a manipulaci s invalidním vozíkem – denně – všeobecná sestra, pečovatelka.

Realizace:

Pacientku jsme informovali o nutnosti přítomnosti personálu při přesunech na toaletu a z lůžka do invalidního vozíku a zpět. Předvedli jsme jí fungování, použití a umístění signalizačních zařízení na pokoji, v koupelně a na toaletě. Vysvětlili jsme pacientce systém zabrzdění a odbrzdění invalidního vozíku a možnost odstranění bočních opěradel pro lepší přesuny. Sama si vyzkoušela zabrzdit a odbrzdit vozík, odstranit jedno boční opěradlo. Zvládla dopravu na vozíku v rámci pokoje, na toaletu a chodbou k jídelně. Pomáhala si i odstrkováním dolními končetinami, zpět sice dojela obráceně, ale jak sama řekla, nohama se umí odstrkovat daleko lépe než roztočit kola vozíku jen s pomocí rukou. Provedli jsme záznam do dokumentace aktivizačních a rehabilitačních pracovníků.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka má lepší pohyblivost na invalidním vozíku, umí jej obsluhovat. Sama se dopraví ke dveřím toalety, k lednici, kde si sama vezme ze zásob chlazených potravin podle své chuti. Dopraví se sama do jídelny, dojede k sesterně. Pravidelně používá signalizační zařízení při nutnosti použití toalety. Během mého pobytu na oddělení nedošlo k pádu, sesunutí z vozíku nebo úrazu při manipulaci s invalidním vozíkem. Je ovšem zapotřebí pokračovat v naplánovaných intervencích: 1, 2, 3 i nadále.

Deficit sebeděče při oblékání – 00109 z důvodu základního onemocnění projevující se zhoršenou schopností obléknout a svléknout si potřebné části oděvu.

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebeděče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

Určující znaky: zhoršená schopnost obléknout si potřebné části oděvu, zhoršená schopnost svléknout si potřebné části oděvu.

Související faktory: neuromuskulární poškození.

Priorita: střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka je ráno schopna sedu na lůžku bez pomoci a zvládne si podat přichystané oblečení – 48 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna bez pomoci ráno obléknout a večer sundat část oděvu – během pobytu v domově seniorů se zvláštním režimem.

Interval hodnocení: každých 48 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka se umí bez pomoci posadit na lůžku – do 48 hodin.

Pacientka zvládne manipulaci s elektrickým polohováním postele – do 24 hodin.

Pacientka ví, kde má připravené oblečení na následující den a zvládne si ho podat – do 24 hodin.

Pacientka verbalizuje větší samostatnost v oblékání a svlékání části oděvu – do 48 hodin.

Plán intervencí:

1. Příprav oděv na následující den do dosahu pacientky a povzbud' ji při samostatném vykonávání aktivity – dvakrát denně – všeobecná sestra, pečovatelka.

2. Nauč pacientku manipulovat s elektrickým ovládáním k polohování lůžka pro zvednutí podhlavníku a snadnější sedání – denně – všeobecná sestra, pečovatelka.
3. Umožni sed na lůžku s pomocí hrazdy – denně – všeobecná sestra, pečovatelka.
4. Realizuj nácvik činností, ve kterých má pacientka deficit, oblékání požadované části oděvu, poskytni dostatek času na provedení – denně – všeobecná sestra, pečovatelka.
5. Vyber z šatníku oblečení, se kterým bude pacientka snadněji manipulovat – denně – všeobecná sestra, pečovatelka.

Realizace:

Večer jsme nachystali pacientce na křeslo oděv na následující den. Dali jsme jí k dosahu ovládací zařízení na polohování lůžka. Ráno jsme ji pomohli posadit se na posteli, zvládla si podat oblečení sama, svléknout si noční košili a obléknout si spodní košilku a tričko. Měla problém s přetáhnutím trička přes hlavu, pomohli jsem jí. Stáhla si tričko do pasu a zbylé oblečení jsme jí oblékli. Byla dosti zadýchaná, ale když se na ni nespěchalo a měla čas, zvládla uvedené úkony s drobným dohledem personálu. Večer před spaním jde vždy na toaletu, kde si sama sundá kalhoty, u trička se opět vyskytl problém s přetáhnutím přes hlavu. Vzhledem k vykloubenému rameni v minulosti, nedokáže zvednout levou ruku nad hlavu. Tričko si svlékne s drobnou pomocí personálu, spodní košilku již bez problémů svlékne sama pomocí pravé ruky. Spodní košilka má velký výstřih kolem krku, proto ji to jde lépe než u oblečení s malým výstřihem. Prohlédli jsme veškeré její oblečení v šatní skříni a vybrali jsme nejvhodnější druhy oblečení. Trička s velkým výstřihem, kalhoty bez knoflíků, zipů a pásků pro snadnější manipulaci.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn částečně, pacientka ještě není schopna sama se bez pomoci personálu ráno na lůžku posadit. Zvládne si podat nachystané oblečení a jeho část si obléknout. Zvládne manipulaci s elektrickým ovládáním lůžka. Večer si je schopna sundat části oděvu, její snaha je z částečně úspěšná, proto je zapotřebí dostatek motivace, podpory a také dostatek času ze strany personálu. Vzhledem ke splnění krátkodobého cíle jen z části, je zapotřebí i nadále pokračovat v plánovaných intervencích: 1, 3, 4, 5.

Deficit sebeděče při koupání a hygieně – 00108 z důvodu základního onemocnění projevující se zhoršenou schopností dopravit se do koupelny, umýt a osušit si tělo.

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebeděče

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

Určující znaky: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost osušit si tělo, zhoršená schopnost umýt si tělo.

Související faktory: neuromuskulární poškození.

Priorita: střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka zvládne ranní hygienu sama na pokoji u umyvadla.

Cíl dlouhodobý: Pacientka si zvládne umýt a osušit horní polovinu těla při celkové hygieně.

Interval hodnocení: každých 24 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka se zvládne dopravit k umyvadlu na pokoji a opláchnout si obličej a ruce – do 24 hodin.

Pacientka umí manipulovat se sprchovou hlavicí a umí regulovat teplotu vody – do 48 hodin.

Pacientka je schopna si umýt bez pomoci horní část těla – do jednoho týdne.

Pacientka zvládne osušení horní části těla – do jednoho týdne.

Plán intervencí:

1. Odstraň z okolí umyvadla překážky v podobě odpadkového koše a židličky – každé ráno – všeobecná sestra, pečovatelka.

2. Příprav hygienické pomůcky a čisté ručníky do dosahu pacientky – každé ráno – všeobecná sestra, pečovatelka.
3. Respektuj rituál provádění hygienické péče u pacientky a její soukromí – každé ráno – všeobecná sestra, pečovatelka.
4. Naslouchej aktivně přáním a obavám pacientky a poskytni ji dostatečnou emocionální podporu – každý den – všeobecná sestra, pečovatelka.
5. Nauč pacientku manipulovat se sprchovou hlavicí a nastavení teploty vody – jednou týdně při celkové hygieně – všeobecná sestra, pečovatelka.
6. Dohlížej na pacientku v průběhu celkové koupele pro minimalizaci vzniku úrazu a pádu – jednou týdně při celkové hygieně – všeobecná sestra, pečovatelka.
7. Nauč pacientku zásady bezpečnosti, používání madla, protiskluzových podložek, signalizačního zařízení umístěného vedle sprchové baterie – jednou týdně při celkové hygieně – všeobecná sestra, pečovatelka.

Realizace:

Pacientka každé ráno po přesunu na invalidní vozík jela do koupelny, kde měla dostatek prostoru pro manipulaci s vozíkem, pohodlně přijela k umyvadlu, opláchla si obličej, z připraveného plastového kelímku si vzala zubní náhrady, vyčistila si je pomocí zubního kartáčku a nasadila. V dosahu měla připravené mýdlo, ručník a hřeben pro úpravu vlasů. Celková koupel se u pacientky provádí ve velké koupelně každé pondělí po snídani. Je tam dostatek prostoru pro manipulaci s vozíkem a do zdi zabudovaný fénovací přístroj s plastovou helmou pro hlavu. Před odjezdem do koupelny se s pacientkou domluvíme na oblečení, zda si nechá na sobě to, co má oblečeno, nebo si bude chtít vzít jiné, připravíme hygienické pomůcky (sprchový gel, šampon, kondicionér, tělové mléko, tužící pěnu a hřeben). Odvezeme pacientku na invalidním vozíku do koupelny, kde se chytí madla a postaví se, sundáme jí kalhoty a natahovací inkontinentní kalhotky a odsuneme vozík mimo dosah vody ze sprchy. Posadí se na koupací židli, která je plastová a opatřena mnoha otvory pro snadný odtok vody, sundáme boty a ponožky. Tričko a spodní košilku si mezitím zvládne sundat sama. Vysvětlíme a ukážeme ji mechanismus nastavení teploty a puštění vody, vyzkouší si to úspěšně sama. Je dosti zimomřivá, proto preferuje vodu teplejší. Nejdříve umyjeme vlasy, podáme pacientce jednorázovou žinku

s menším množstvím sprchového gelu, sama si umývá horní končetiny, krk, hrudník a břicho. Záda a dolní končetiny umyjeme ještě vsedě my. Poté se pacientka opět postaví k madlu, umyje si genitál a hýždě, vše opláchneme a pacientka si sedne zpět na židli. Zhodnotíme stav kůže, nehtů a pokožky hlavy, podle potřeby upravíme nehty nůžkami na manikúru. Osušíme jedním ručníkem obličej a vlasy, druhým záda a podáme ho pacientce, která si osuší horní končetiny, krk, hrudník, břicho a horní části steh. Zbylé části opět dosušíme. Promažeme kůži olejem nebo tělovým mlékem, které má pacientka u sebe. Zkontrolujeme stav chodidel a nehtů na nohou a také promažeme. Oblékneme připravený oděv a inkontinenční pomůcku, tričko a košilku si zvládne obléci sama. Pacientka se postaví za pomoci madla a přesune se na invalidní vozík. Složíme mycí potřeby opět do toaletní tašky a přemístíme se k sušicímu zařízení na vlasy. Vlasy vyfénujeme, vetřeme tužící pěnu a upravíme dle jejího přání. Po příjezdu na pokoj si pacientka připraví zrcadlo a pleťový krém, kterým si natře obličej. Používá také svůj parfém, ale jen při zvláštních příležitostech, jako je kulturní nebo společenská akce a návštěva rodiny.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka zvládne samostatně ranní hygienu u umyvadla na pokoji. Dokáže se na místo dopravit, vyčistit si zubní náhradu, nasadit si ji, omýt obličej a umýt ruce. Je nutný delší časový interval, ale spěch a vykonávání těchto činností personálem je kontraproduktivní a zhoršuje soběstačnost pacientky. Dlouhodobý cíl byl také splněn, ale vzhledem k postupné progresi onemocnění je nutné v plánovaných intervencích: 2, 3, 4, 5, 6, 7 i nadále pokračovat, podporovat a motivovat pacientku v samostatných činnostech.

2.6.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Riziko aspirace – 00039 z důvodu základního onemocnění.

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náhylnost k proniknutí gastrointestinálních sekretů, orofaryngeálních sekretů, pevných látek nebo tekutin do tracheobronchiálních cest, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: snížená gastrointestinální motilita, zhoršené polykání.

Priorita: střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka nekašle a neverbalizuje pocit dušení při příjmu potravy – do 24 hodin

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde k obtížím související s polykáním stravy a tekutin – během pobytu v domově seniorů se zvláštním režimem.

Interval hodnocení: každý den během konzumace stravy, tekutin a léků.

Očekávané výsledky:

Pacientka polyká potravu v malých dávkách bez potíží při polykání – při příjmu potravy, každý den.

Pacientce nestagňuje potrava v dutině ústní – během příjmu potravy, každý den.

Při polykání malých dávek potravy nekašle – během příjmu potravy, každý den.

Pacientka neverbalizuje pocit dušení nebo vážnutí sousta při polykání potravy – během příjmu potravy, každý den.

Plán intervencí:

1. Potravu nakrájej na malé kousky, při polknutí zkontroluj, zda v dutině ústní nestagňuje část sousta – vždy při konzumaci stravy – všeobecná sestra, pečovatelka.
2. Nabízej často tekutiny pro lepší rozmělnění a polykání tuhé stravy – vždy při konzumaci stravy – všeobecná sestra, pečovatelka.
3. Zajisti pohodlnou polohu a dostatek času po dobu konzumace – vždy při konzumaci stravy – všeobecná sestra, pečovatelka.
4. Nepodávej tekutiny a stravu příliš horkou, kořeněnou nebo studenou – vždy při konzumaci stravy – všeobecná sestra, pečovatelka.
5. Léky podávej po jednotlivých částech s dostatkem tekutin a zkontroluj jejich spolknutí – při podávání léků – všeobecná sestra.

6. Eliminuj negativní faktory, které by vedly k nepozornosti a rozrušení pacientky během konzumace potravy – vždy při konzumaci stravy – všeobecná sestra, pečovatelka.

Realizace:

Pacientka verbalizovala problémy s polykáním, vysvětlili jsem jí, že je to součást onemocnění, ale uvedené problémy lze minimalizovat. Strava jí byla nakrájena na malé kousky, které si vidličkou napichovala a sama konzumovala. Důkladně stravu rozžvýkala a soustředila se na polykání. Měla k dispozici dostatek tekutin pro zapíjení sousta. Nedocházelo k rušivým činnostem v okolí, k dotazům nebo dalším úkonům nesouvisejícím s konzumací stravy. Pacientka seděla vzpřímeně, měla záda podložena polštářem, byla v bezprostřední blízkosti stolu, na kterém měla dostatek prostoru pro položení horních končetin. Pacientka během konzumace potravy nekašlala, nestagnovala jí potrava v dutině ústní. Neverbalizovala pocit váznutí sousta v krku. Naučili jsme ji orální stimulaci pro zlepšení polykacího manévru pomocí lízátka, kterou sama vykonávala během dne. Byla edukována o nevhodnosti konzumace bonbonů, oříšků a sušeného ovoce, které zvyšuje riziko aspirace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka během konzumace stravy nekašlala, neverbalizovala pocit váznutí sousta nebo nemožnosti polknout rozžvýkanou potravu. Používala orální stimulaci pro zlepšení polykacího manévru nejen pomocí lízátka, ale i brčka nebo lžičky, kterou si přejížděla po kořeni jazyka. Soustředila se vždy na polknutí rozžvýkané stravy nebo podávaného léku. Měla v dosahu připraveny papírové ubrusky pro případ vytékání nahromaděných slin z dutiny ústní. Přestože byl krátkodobý cíl naplněn, je nutné pokračovat v plánovaných intervencích: 1, 2, 3, 4, 5, 6 i nadále, vzhledem k postupné progresi onemocnění a možné zvyšující se tendenci k potížím s polykáním.

Riziko narušení integrity kůže – 00047 z důvodu vysokého věku, zhoršené mobility a funkční inkontinence.

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost ke změně v epidermis a/nebo dermis, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: vlhkost způsobená exkrekty a sekrekty, mechanické faktory.

Priorita: střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka minimalizuje možnost narušení integrity kůže – do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde k narušení integrity kůže – během pobytu v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Interval hodnocení: dvakrát denně, při ranní a večerní hygieně.

Očekávané výsledky:

Pacientka zná rizikové faktory napomáhající narušení integrity kůže – do 24 hodin.

Pacientka si osvojila návyky a techniky s preventivním účinkem proti porušení integrity kůže – do 48 hodin.

Pacientka si vybírá vhodný oděv, který je volný a z přírodních materiálů – do 24 hodin.

Pacientka opatrně používá hřeben při česání vlasů, vzhledem k výčnělkům elektrod implantovaných do mozku a možnému porušení skalpu – do 24 hodin.

Plán intervencí:

1. Vysvětlí pacientce rizikové faktory působící na integritu kůže – do 24 hodin – všeobecná sestra.
2. Nauč pacientku cviky pro zlepšení prokrvení horních i dolních končetin – do 24 hodin – všeobecná sestra.
3. Dbej na výběr vhodného oděvu, který je volný, prodyšný a z přírodních materiálů – do 24 hodin – všeobecná sestra, pečovatelka.
4. Prováděj kontrolu integrity kůže, nejen na predilekčních místech, ale i ve vlasové části pokožky, kde jsou umístěny spojovací kabely a implantovány elektrody pro hlubokou mozkovou stimulaci – dvakrát denně – všeobecná sestra, pečovatelka.

5. Edukuj rodinu o vhodnosti koupě diabetických ponožek a bavlněného prádla – do jednoho týdne – všeobecná sestra.

Realizace:

Dne 2. 11. 2017 jsme provedli zhodnocení nebezpečí vzniku dekubitů na základě stupnice dle Nortonové, pacientka získala 20 bodů, tedy zvýšené riziko vzniku dekubitů. Pacientku jsme informovali o možnosti vzniku dekubitů, také o ochranných faktorech. Vysvětlili jsme jí pojem dekubitus, příčiny vzniku a jeho léčbě. Ukázali jsme pacientce cviky na prokrvení horních i dolních končetin. Edukovali jsme rodinu o koupi diabetických ponožek se slabším lemem kolem kotníků a bavlněného prádla. Upozornili jsme pacientku na nebezpečí vzniku otlaků ze shrnutého oblečení na místech největšího tlaku, tedy hýždě a záda. Během koupele pacientka používá jemná mýdla, která ji kupuje rodina. Po koupeli jsme aplikovali na suchou pokožku tělový krém. Důkladně jsme promazali predilekční místa a oblasti kožních záhybů, oblast pod prsy, v podpaží, v tříslech a sakrální oblast. Pacientka si oblékla bavlněné prádlo, oblečení volnější, aby nedocházelo k intenzivnímu tření mezi pokožkou a oblečením. Povzbudili jsme ji k pravidelným cvičením na oddělení i k protahovacím cvikům, které vykonává samostatně během dne. Pravidelně kontrolujeme stav lůžka, podložek a prostěradla. Zdůraznili jsme význam dostatečné hydratace a doporučili pacientce, aby si nechávala hrnečky s čajem a minerálkou nejen na jídelním stole, ale také na nočním stolku.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, u pacientky nedošlo k poškození kožní integrity. Je důležité pacientku podporovat a motivovat v dalších činnostech a cvičeních, připomínat rizika vzniku dekubitů. Neméně důležité je také dál pokračovat v plánovaných intervencích: 1, 2, 3, 4. Vzhledem k postupnému zhoršování zdravotního stavu vlivem základního onemocnění, je důležité neopomenout vliv stravy na celkový zdravotní stav pacientky.

2.6.3 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Zdravotní stav 81leté ženy, která dlouhodobě žije v domově pro seniory se zvláštním režimem byl sledován po dobu deseti dnů. Při plánování ošetrovatelské péče byl brán zřetel na zhoršenou pohyblivost a deficit sebepéče v základních každodenních činnostech, pro jejichž zhodnocení byl využit Barthelové test základních všedních činností ADL. Pacientka dosáhla 50 bodů, což je klasifikováno jako závislost středního stupně. Po realizaci naplánovaných ošetrovatelských činností bylo pozorováno splnění krátkodobých cílů, větší jistota pacientky v mobilitě s pomocí kompenzační pomůcky (invalidního vozíku), v oblékání, koupání a hygieně. Nadále je však nutný dohled nad těmito činnostmi, ale ponechání delšího časového úseku pacientce, nikoliv vykonání těchto aktivit personálem. Je potřeba každodenní slovní podpory a motivace. Snaha a úspěchy pacientky byly viditelné nejen pro ni samotnou, ale i pro ošetrovatelský personál a rodinu.

Duševní stav pacientky byl vyhodnocen pomocí škály Mini-Mental State Examination (viz příloha F), ve které získala 29 bodů, tento výsledek byl vyhodnocen jako normální stav. Pacientka se orientovala, pamatovala si rady a doporučení, komunikovala s ošetrovatelským personálem, měla vlastní dotazy v průběhu ošetrovatelských intervencí. Zapojila do ošetrovatelské péče i rodinné příslušníky, kteří nám byli nápomocni v procvičování aktivit souvisejících s oblékáním, mobilitou a prevencí narušení kožní integrity. Péče je u pacientky zaměřena na uspokojování fyzických i psychických potřeb. Plná soběstačnost klientky vzhledem k základní diagnóze není možná, ale udržení momentálního stavu hybnosti a částečné soběstačnosti se jeví jako reálné.

Cílem ošetrovatelské péče je stabilita a pomalá progrese onemocnění. V dlouhodobém plánu bude ošetrovatelská péče i nadále probíhat stejným způsobem. Vzhledem k nepříznivé prognóze tohoto onemocnění se dá očekávat, že se zdravotní stav pacientky bude zhoršovat. Mohou se vyskytnout problémy s výživou a mobilitou. Z toho důvodu bude nezbytné plán péče pravidelně aktualizovat a přizpůsobovat aktuálnímu zdravotnímu stavu pacientky. Péče poskytovaná ošetrovatelským personálem je kvalitní, má pozitivní vliv na zdravotní stav pacientky a je efektivní.

2.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Parkinsonova nemoc je v dnešní době stále nevyléčitelná, během rozvoje onemocnění dochází k řadě problémů a omezení v životě pacienta a jeho blízkých. Mnoho subjektivních příznaků závisí na psychické odolnosti a osobnosti pacienta. Příznak onemocnění u jednoho pacienta může vyvolat beznadějnou a defenzivní postoj, u jiného naopak větší snahu a zapojení rodinných příslušníků do péče.

Doporučení pro pacienty:

- nepropadat panice, když zjistí, že dnes nedokáže provést určitou činnost, kterou včera zvládli bez problémů;
- neustále se snažit aktivní činností udržet momentální stav;
- nezabřednout do deprese, naopak vyrazit do společnosti a za rodinou;
- neuzavírat se do sebe, mluvit o pocitech, obavách a problémech;

Doporučení pro rodinu:

- motivovat a podporovat nemocného;
- nevykonávat činnosti za nemocného, procvičováním běžných úkonů se pacient zlepšuje;
- přizpůsobit denní režim činnostem nemocného, podřídit se jeho možnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu;
- u oblečení vyměnit malé knoflíky za velké pro snadnější manipulaci;
- našít na oblečení suchý zip, pro lepší zapínání;
- na zapínání bundy dát kroužek od klíčů, do kterého pacient zahákne prst a tahem ji rozepne;
- lžice na boty u oblékání ponožek;
- oblečení s přírodního a savého materiálu, který je příjemný na kůži;
- obuv s pevnou, protiskluzovou podrážkou, bez tkaniček (nevhodné pantofle, žabky, nazouvací boty);

- eliminovat koberce, prahy a další nerovnosti podlahy;
- instalovat madla, na schodišti úchyty a zábradlí;
- odstranit z dosahu předměty, které může nemocný převrhnout, rozlít, rozbít;
- průchody mezi pokoji by měly být dostatečně široké;
- dveře do koupelny a na toaletu by se měly otevírat směrem ven, v případě pádu nemocný tělem zablokuje dveře a nedostane se mu včasné pomoci;
- toaleta se zvýšený sedákem pro snadnější vstávání a madly k přichycení;
- signalizační zařízení do domu nebo bytu pro rychlou pomoc;

Mnoho pacientů s Parkinsonovou nemocí ji přirovnává k velkému slonu, ve kterém jsou uvězněni jako malá myška. Tento velký slon mnohdy vyhraje a malá myška zůstane bez povšimnutí, ale někdy se přeci jen prodere napovrch a slona na chvíli vyleká.

Spolupráce pacienta, rodiny a ošetrovatelského personálu je v domově pro seniory se zvláštním režimem to nejdůležitější spojení. Bez něj by bojoval s nemocí každý zvlášť a výsledky by byly nicotné. Z toho důvodu byl vytvořen leták (viz příloha H), který má za úkol zjednodušit první komunikaci nemocného s ošetrovatelským personálem ve zdravotnickém zařízení.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje Parkinsonově nemoci. V úvodu práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí bylo stanoveno sedm cílů. Cílem teoretické části bylo shromáždit, roztřídit a informovat o historii onemocnění, příčinách jejího vzniku, popsat příznaky nejen fyzické, ale také psychické a kognitivní. Představit možnosti a druhy léčby farmakologické, nefarmakologické a chirurgické. Nahlédnout do budoucího vývoje nových léčebných postupů a seznámit s organizací, která sdružuje nemocné, jejich rodiny a přátele.

Cílem praktické části bylo popsat a zdokumentovat případ pacientky s Parkinsonovou nemocí, která žije v domově pro seniory se zvláštním režimem. Její léčba zahrnuje nejen formu medikamentózní, ale také chirurgickou, působením hluboké mozkové stimulace, která jí byla voperována v roce 2003. Ošetrovatelská péče byla realizována metodou ošetrovatelského procesu, subjektivní a objektivní problémy byly seřazeny podle modelu ošetrovatelské péče dle Virginie Henderson. Informace získané od pacientky, její rodiny, z ošetrovatelské dokumentace a od ošetrovatelského personálu byly strukturovány a rozpracovány do ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. Podrobně byly rozpracovány čtyři aktuální diagnózy (Zhoršená tělesná pohyblivost, Funkční inkontinence moči, Deficit sebepéče při oblékání, Deficit sebepéče při koupání a hygieně) a dvě diagnózy potenciální (Riziko aspirace a Riziko porušení kožní integrity). Ošetrovatelské problémy jsou na závěr shrnuty. Uvedeno je také doporučení pro praxi, které se týká pacientů, jejich rodin a blízkých. Jedním z cílů praktické části bylo vytvoření letáku, který usnadní první komunikaci mezi nemocným a ošetrovatelským personálem ve zdravotnickém zařízení. Všechny cíle uvedené v úvodu této práce se podařilo splnit.

Tato práce by měla posloužit zdravotnickým pracovníkům pracujícím v oboru.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČEŠKA, Richard a kol., 2015. *Interna*. Druhé vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-885-6.
- DUŠEK, Petr, 2013. *Parkinsonova nemoc z různých pohledů*. Praha: Společnost Parkinson o.s. ISBN 978-80-260-4860-2.
- HEHLMANN, Annemarie, 2010. *Hlavní symptomy v medicíně*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2612-0.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015-2017*. Desáté vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. První vydání. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0177-4.
- JIRÁK, R, HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KLEMPÍŘ, Jiří, 2013. *Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2834-9.
- MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ, 2016. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0158-0.
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a kol., 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.
- NEJEDLÁ, Marie, 2011. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1150-8.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Čtvrté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.

- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2010. *Modely ošetrovatelství v kostce*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-6.
- REKTOR, Ivan a Irena REKTOROVÁ, 2003. *Centrální poruchy hybnosti v praxi*. První vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-418-7.
- ROTH, J, M. SEKYROVÁ a E. RŮŽIČKA, 2009. *Parkinsonova nemoc*. Čtvrté vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-178-3.
- SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIDEL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.
- SCHWARZ, Shelley Peterman, 2008. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe: péče, léky, komunikace s lékaři, nákupy, strava, jazyk a řeč, mluvení a psaní, bydlení, bezpečnost, volný čas, cestování, rekreace*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2321-1.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.
- ŠTOCHL, Jan, 2008. *Structure of motor symptoms of Parkinson's disease*. Prague: Karolinum. ISBN 978-80-246-1403-8.
- TOMEK, Aleš a kol., 2014. *Neurointenzivní péče*. Druhé vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3359-6.
- TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Druhé vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Třetí vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ a kol., 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Druhé vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-540-2.
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Desáté vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VYTEJČKOVÁ, R. a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

WHO, 2006. *Neurological disorders: public health challenges*. Ženeva. ISBN 978-92-4-156336-9.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Štefan KRAJČÍK a kol., 2016. *Farmakoterapie v geriatрии*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5229-7.

PŘÍLOHY

Příloha A – Typické držení těla nemocného Parkinsonovou nemocí.....	II
Příloha B – Ukázka písma nemocného Parkinsonovou nemocí	III
Příloha C – Světová charta pacientů s Parkinsonovou nemocí.....	IV
Příloha D – Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu	V
Příloha E – Barthelové test základních všedních činností	VI
Příloha F – Mini-Mental State Examination.....	VII-VIII
Příloha G – Stupnice dle Nortonové	IX
Příloha H – Leták	X
Příloha I – Rešeršní protokol	XI
Příloha J – Čestné prohlášení.....	XII

Příloha A – Typické držení těla nemocného Parkinsonovou nemocí



Zdroj: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy, Trachtová Eva a kol., 2013

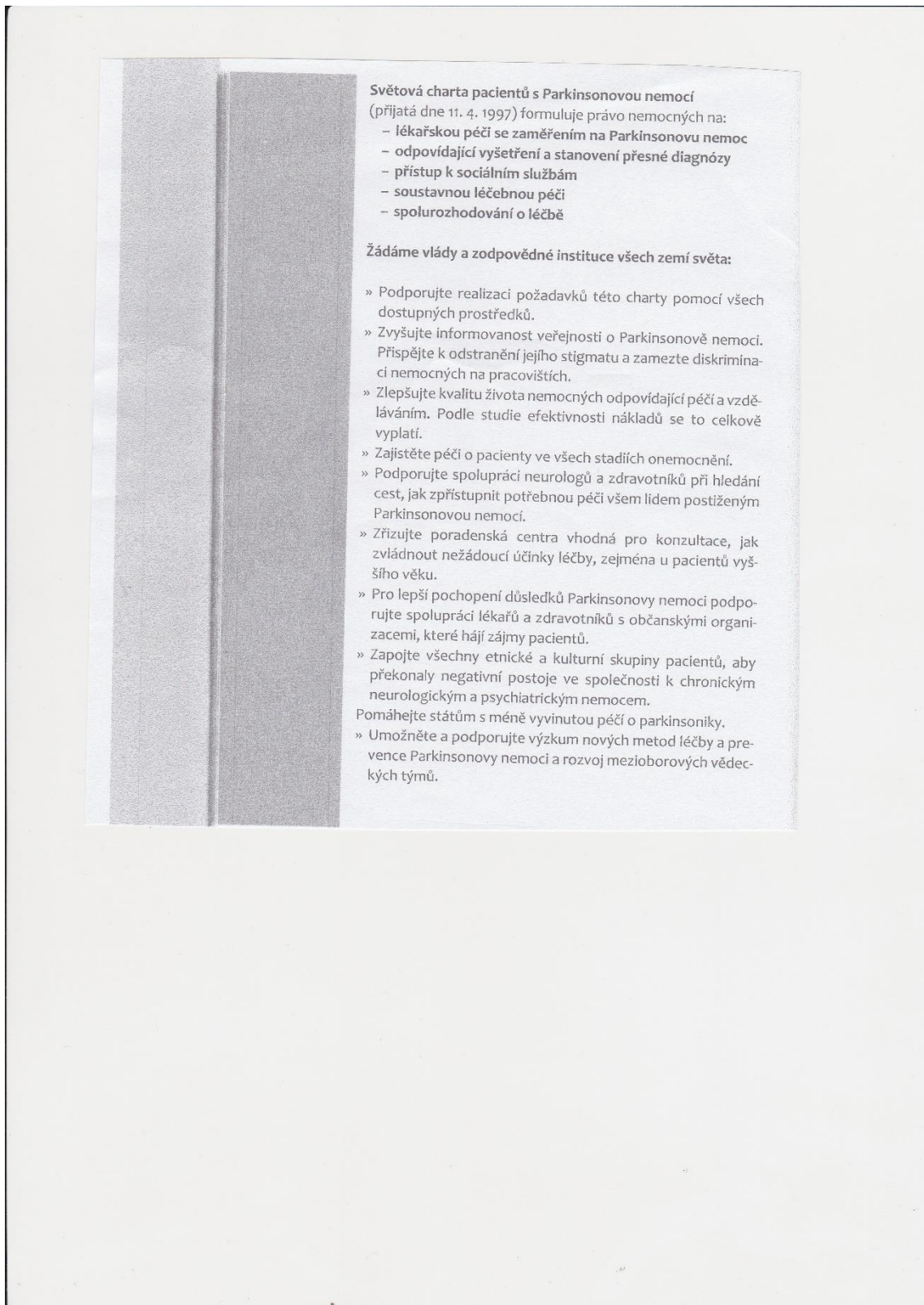
Příloha B – Ukázka písma nemocného Parkinsonovou nemocí

Dnes je hezký den

Dnes je hezký den

Zdroj: Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory, Seidl Zdeněk, 2008

Příloha C – Světová charta pacientů s Parkinsonovou nemocí



Zdroj: Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe, Schwarz, Shelley Peterman, 2008

Příloha D – Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny:	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik	
- antihypertenziv		
- psychotropní léky nebo benzodiazepiny		
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		4

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolíku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Zdroj: Domov pro seniory se zvláštním režimem, 2017

Příloha E – Barthelové test základních všedních činností ADL

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)		
- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech		
činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
HODNOCENÍ:		50
0-40 bodů	vysoce závislý	
45-60 bodů	závislost středního stupně	
65-95 bodů	lehká závislost	
100 bodů	nezávislý	

Zdroj: Domov pro seniory se zvláštním režimem, 2017

Příloha F – Mini-Mental State Examination

Mini-Mental State Examination (MMSE)

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

- „Které je roční období?“
- „Který máme nyní rok?“
- „Kolikátého je dnes?“
- „Který den v týdnu je dnes?“
- „Který je měsíc?“
- „Ve kterém jsme městě?“
- „Ve kterém jsme okrese?“
- „V jaké jsme zemi?“
- „Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?“
- „V kolikátém jsme poschodí?“

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

„A nyní prosím slova zopakujte“

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy, dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

3. Pozornost a počítání

„Nyní odečtete od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete“

93 86 79 72 65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:

„Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“

M R K O P

4. Vybavování

„A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

5. Poznání předmětů

„Co je to?“ Ukažte hodinky.

„Co je to?“ Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakovat následující větu:

„První pražská paroplavba.“

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír.

„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na podlahu.“

- 1. stupeň: uchopení papíru do pravé ruky
- 2. stupeň: přeložení papíru na polovinu
- 3. stupeň: položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn „ZAVŘETE OČI.“

Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

„Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to.“

9. Psaní

Dejte pacientovi psací potřeby a vyzvěte jej:

„Napište libovolnou větu.“

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat pravopisné chyby, ale musí mít podnět a přísudek.

10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil obrazec (zadní strana papíru).

Pro započítání bodů musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevedí.

29

Hodnocení

30 – 27 bodů (normální stav)

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej nyní s největší pravděpodobností netýká.

26 – 25 bodů (hraniční stav, možná demence)

Hraniční nález, je doporučeno další sledování pacienta. Může se jednat o lehkou poruchu poznávacích funkcí nebo o počínající demenci. Tento stav se může dále vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Test MMSE po čtvrtroce zopakujte.

U pacientů nad 75 let nebo s méně než 8 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě.

24 – 18 bodů (demence mírného stupně)

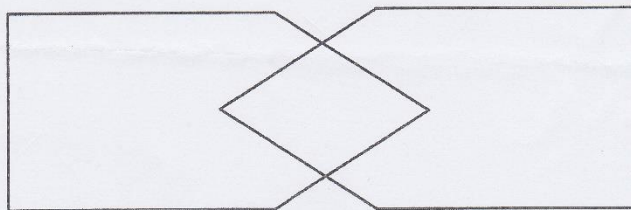
Test prokázal poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

17 – 6 bodů (středně těžká demence)

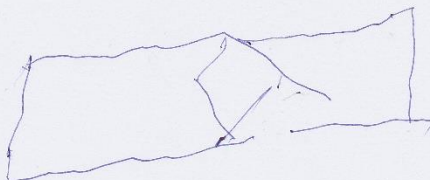
Demence testovaného je vážnější. Obráťte se na odborníka.

5 – 0 bodů (těžká demence)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně je již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout.



Domus je krásný



Zdroj: Domov pro seniory se zvláštním režimem, 2017

Příloha G – Stupnice dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není
malá	3 < 30	3 alergie	3 DM, anemie	3 zhoršený	3 apatický	3 doprovod	3 částečně omezená	3 občas
částečná	2 < 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpaní tepen	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převážně moč
žádná	1 > 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ

20

Zdroj: Domov pro seniory se zvláštním režimem, 2017



Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí

Klíčová slova:

Parkinsonova nemoc, dopamin, neurodegenerativní onemocnění, ošetrovatelský proces
Parkinson's disease, dopamine, neurodegenerative diseases, nursing care

Rešerše č. 30/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 43 záznamů (kvalifikační práce – 4, monografie – 18, ostatní – 21)
Časové omezení:	2008 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	16. 11. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- databáze kvalifikačních prací (www.thesis.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Discovery systém Summon (www.nlk.cz)
- ProQuest Nursing (**testovací přístup VŠZ**)

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 20. 3. 2018

.....
Kateřina Labudová