

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ŠTEFÁNIA SIPOSOVÁ**

**Praha 2018**

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

Bakalářská práce

ŠTEFÁNIA SIPOSOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD. RS.

Praha 2018



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

SIPOSOVÁ Štefánia

3BVS

### Schválení tématu bakalářské práce


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

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí

*Umfassende Pflege bei einem Patienten mit der Parkinson-Krankheit*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2018

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mě poskytli potřebné informace k dané problematice, zvláště pak děkuji své vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD., RS za cenné rady, připomínky a náměty, čímž mi významně pomohla ke zpracování zadaného tématu. Dále děkuji svému zaměstnavateli, vrchní sestře Blance Sládkové a partneru Markovi L. za podporu během studia.

## ABSTRAKT

Siposová, Štefánia. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS. Praha. 2018. 82 s.

Parkinsonova nemoc je druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Nemoc je vysoce individuální s rozsáhlou řadou příznaků a obtíží, které snižují kvalitu života pacientům.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí a respektování jeho přirozených potřeb. Hlavní ošetrovatelské problémy, které sestra zjišťuje u pacientů s Parkinsonovou chorobou, jsou zhoršená tělesná pohyblivost, zhoršená chůze, třes, zhoršená sebek péče, úzkost, zhoršená verbální komunikace, zhoršená paměť, zácpa, zhoršené vylučování moči, riziko pádu, nechutenství, porucha polykání, poškozená integrita kůže nebo tkáně.

Teoretická část práce obsahuje informace o klinické charakteristice onemocnění, a její historii. Pozornost se dále věnuje etiologii, etiopatogenezi, příznakům, vyšetřovacím metodám, diagnostice a léčbě, informacím o sociální a právní problematice v České republice. Praktická část popisuje částečně imobilního pacienta s Parkinsonovou nemocí, jeho aktuální zdravotní stav, specifika ošetrovatelské péče v Domově pro seniory, kde o pacienta pečuje multidisciplinární tým, a dále obsahuje zhodnocení stavu pacienta pomocí obecné ošetrovatelské dokumentace formou kazuistiky a pomocí specifického programu Cygnus, který je hlavní součástí práce všeobecné sestry v Domově pro seniory.

Cílem bakalářské práce je seznámit čtenáře s Parkinsonovou nemocí, zmapovat ošetrovatelské problémy u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a pacienta v pokročilém stadiu Parkinsonovy nemoci a specifickými ošetrovatelské péče v sociální sféře.

### **Klíčová slova**

Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská péče. Pacient. Parkinsonova nemoc

## **ABSTRAKT**

Siposová, Štefánia. *Komplexe Pflege eines Patienten mit der Parkinson-Krankheit*. Medizinische Hochschule, o. p. s. Qualifikationsgrad: Bachelor (Bc.).  
Betreuer der Bachelorarbeit: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS. Prag. 2018. 82 S

Die Parkinson-Krankheit ist die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung des Zentralnervensystems. Die Krankheit ist höchst individuell mit einer breiten Reihe von Symptomen und Beschwerden, die die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen.

Das Hauptthema der Bachelorarbeit ist die Pflege eines Patienten mit der Parkinson-Krankheit und der Respekt gegenüber seinen natürlichen Bedürfnissen. Die pflegeseitigen Hauptprobleme, die eine Krankenschwester bei Parkinson-Krankheits-Patienten feststellt, sind verschlechterte körperliche Beweglichkeit, verschlechterter Gang, Tremor, verschlechterte Eigenpflege, Ängstlichkeit, verschlechterte verbale Kommunikation, verschlechtertes Gedächtnis, Verstopfung, verschlechterte Harnausscheidung, Sturzrisiko, Appetitlosigkeit, Schluckstörungen, beschädigte Integrität der Haut oder des Gewebes.

Der theoretische Teil der Arbeit beinhaltet Informationen über die klinische Charakteristik der Erkrankung und ihre Geschichte. Außerdem werden die Ätiologie, die Ätiopathogenese, die Symptome, die Untersuchungsmethoden, die Diagnostik und die Therapie, Informationen über die soziale und rechtliche Seite der Problematik in der Tschechischen Republik behandelt. Der praktische Teil beschreibt einen teilweise immobilen Patienten mit der Parkinson-Krankheit, seinen aktuellen Gesundheitszustand und Spezifika der Pflege in einem Seniorenheim, wo der Patient von einem multidisziplinären Team betreut wird. Weiterhin beinhaltet er eine Bewertung des Zustand des Patienten mithilfe der allgemeinen Pflegedokumentation in der Form einer Kasuistik und mithilfe des spezifischen Programms Cygnus, das den Hauptteil der Arbeit einer Krankenschwester im Seniorenheim darstellt.

Das Ziel der Bachelorarbeit ist, den Lesern die Parkinson-Krankheit näher zu bringen, die Pflegeprobleme bei einem Klienten im fortgeschrittenen Stadium der Parkinson-Krankheit aus der Sicht der Krankenschwester und des Patienten zu beschreiben und Spezifika der Pflege.

### **Schlüsselwörter**

Pflegediagnosen. Pflege. Patient. Parkinson-Krankheit.



# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

ÚVOD .....	12
1 PARKINSONOVA NEMOC .....	14
2 FYZIOLOGIE EXTRAPYRAMIDOVÉHO SYSTÉMU A BAZÁLNÍCH GANGLIÍ.....	17
3 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ PN .....	18
4 DIAGNOSTIKA A VYŠETŘOVACÍ METODY PN .....	22
5 TERAPIE PN .....	24
6 POHYBOVÁ LÉČBA .....	28
7 SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR A VE SVĚTĚ.....	30
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PN .....	34
____ANAMNÉZA .....	36
____POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAV.....	38
____MEDICÍNSKY MANAGMENT .....	47
____SITUAČNÍ ANALÝZA .....	49
____STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	49
ZÁVĚR KAZUISTIKY - ZHODNOCENÍ PÉČE.....	76
ZÁVĚR.....	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	80
PŘÍLOHY	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b>	Body mass index
<b>CA</b>	Carbohydrate antigen (nádorový marker)
<b>COMT</b>	Katechol-O-metyltransferázy
<b>CT</b>	Počítačová tomografie
<b>DPS</b>	Domov pro seniory
<b>EEG</b>	Elektroencefalografie
<b>EPS</b>	Extrapyramidový systém
<b>FNKV</b>	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
<b>ICHS</b>	Ischemická choroba srdeční
<b>L-DOPA</b>	Levodopa
<b>LF UK</b>	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
<b>MAO.B</b>	Monoaminoxidáza
<b>MMSE</b>	Mini Mental-State Examination
<b>MTPT</b>	Methyl-phenyl-tetrahydropyridine
<b>NMR</b>	Nukleární magnetická rezonance
<b>PET</b>	Pozitronová emisní tomografie
<b>PSPCH</b>	Psychóza spojená s Parkinsonovou chorobou
<b>PN</b>	Parkinsonova nemoc
<b>PS</b>	Parkinsonovy syndromy
<b>RHB</b>	Rehabilitace
<b>SPECK</b>	Jednofotonová emisní počítačová tomografie
<b>USG</b>	Ultrasonografie

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Substantia nigra</b>	jádro v mezencefalu, mezi crus cerebri a tegmentem
<b>Acetylcholin</b>	trimethylamoniová sůl (kation), látka přenášející vzruchy v nervové soustavě (neurotransmitter)
<b>Agonista</b>	látka souhlasně působící (např. lék nebo sval)
<b>Akineze</b>	nepohyblivost
<b>Antagonista</b>	látka opačně působící než agonista
<b>Anticholinergiká</b>	skupina látek, blokujících účinek acetylcholinu
<b>Basální ganglia</b>	jádra šedé hmoty v mozku ve spodní části telencefala obklopené bílou hmotou
<b>Dopamin</b>	monoamin ze skupiny katecholaminů, prekurzor při syntéze adrenalinu
<b>Extrapyramidové systémy</b>	souhrn všech korových a podkorových jader a jejich spojení (drah), které nejsou součástí pyramidové dráhy
<b>Hypnotikum</b>	látky navozující spánek
<b>Levodopa</b>	látka, z níž v organizmu vzniká dopamin, používá se jako antiparkinsonikum
<b>Transmitter</b>	přenášec, obv. v nervovém systému na synapsi

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Svalová rigidita.....	18
Tabulka 1 Seznam předepsané medikace.....	36
Tabulka 2 Popis fyzického stavu.....	38
Tabulka 3 Aktivity denního života.....	41
Tabulka 4 Posouzení psychického stavu.....	44
Tabulka 5 Posouzení sociálního stavu.....	46
Tabulka 6 Výsledky krve.....	47

# ÚVOD

Parkinsonova nemoc je projevem klinického syndromu způsobeného poškozením oblasti bazálních ganglií především substantia nigra, což ve svém důsledku vede k typické poruše hybnosti. Je to neurodegenerativní onemocnění nervové soustavy projevující se mimo jiné třesem, svalovou ztuhlostí, zpomaleností pohybu, nestabilitou a poruchou chůze.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou, a na část ošetrovatelskou. Teoretická část se zabývá historií, etiologií, etiopatogenezi, klinickým obrazem, vyšetřovacími metodami, diagnostikou a léčbou PN a v ošetrovatelské části se zabývám komplexní ošetrovatelskou péčí o pacienta s PN v Domově pro seniory.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

**Cíl:** Obeznamenit čtenáře s PN a její problematikou.

## **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Vytvořit kazuistiku u pacientky s karcinomem prsu v těhotenství.

**Cíl 2:** Obeznamenit čtenáře s ošetrovatelskou problematikou, životem pacienta v pokročilém stadiu PN a specifiky ošetrovatelské péče v sociální sféře.

## **Vstupní literatura:**

ROTH, J. a kol., *Parkinsonova nemoc*. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-178-3.

## **Popis řešeršní strategie**

Jako podklad k bakalářské práci byly použity odborné publikace s názvem Parkinsonova nemoc, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské diagnózy v časovém období červen 2017 až březen 2018.

Jako klíčová slova byla zvolena slova Ošetrovatelské diagnózy, Ošetrovatelská péče, Pacient, Parkinsonova nemoc. V německém jazyku Pflegediagnosen, Pfllege, Patient, Parkinson-Krankheit. Rešerše byla zpracována ve spolupráci s knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze. Celkem bylo nalezeno 39 záznamů, z toho 4 kvalifikační práce, 18 monografií a 17 ostatních dokumentů od roku 2007 až po současnost. Pro tvorbu bakalářské práce z toho bylo využito 1 kvalifikační práce, 11 knih a monografií a 1 článek. Celkem bylo v bakalářské práci využito 30 zdrojů.

Průvodní list k rešerši je součástí BP (příloha J).

# 1 PARKINSONOVA NEMOC

*Parkinsonova nemoc je chronické progresivní onemocnění nervové soustavy, projevující se typickou poruchou hybnosti, tzv. extrapyramidovým hypokinetickým-rigidním syndromem. Toto postižení vzniká na základě degenerativního zániku neuronů v pars compacta mezencefalické substantia nigra, vedoucího k nedostatku dopaminu ve striatu. Poruchu hybnosti u Parkinsonovy nemoci proto charakteristicky zmiňuje dopaminergní substituční terapie. (BEDNÁŘÍK, 2010, s. 582).*

PN popsal jako samostatnou klinickou jednotku poprvé v roce 1817 londýnský lékař James Parkinson, po kterém si také nese své jméno, a to ve své knize „An Essey on the Shaking Palsy“, přeloženo jak „Esej o třeslavé obrně“. Pro tuto nemoc jsou podle něho charakteristické rysy, mezi něž patří zpomalenost, svalová ztuhlost a třes končetin, což doložil popisem šesti případů tohoto onemocnění. Po zveřejnění této jeho práce potvrdili výskyt nemoci i další lékaři (ROTH a kol., 2009).

Následně se začalo experimentovat s léčbou přírodním rostlinným přípravkem s anticholigerním účinkem pod názvem Belladonna, ovšem výsledky nebyly nijak přesvědčivé. Teprve v roce 1946 se objevily první synteticky vyrobené léky, které tlumily třes (anticholinergika).

O léčbu se zasloužil jako první farmakolog a biochemik Carlsson, který v roce 1958 zjistil, že se v oblasti BG vyskytuje velké množství dopaminu. Toto jeho zjištění představovalo průlom v léčbě PN. Již v roce 1961 byla poprvé úspěšně použita k léčbě PN levodopa (L-dopa). Následnými experimenty se potvrdilo, že PN je skutečně způsobena nedostatečným množstvím dopaminu v tzv. černém jádře (substantia nigra).

Po několika letech výzkumu a zkušeností s léčbou pomocí levodopy začaly však do popředí vystupovat její vedlejší účinky. V 70. letech byly zkoumány a objeveny dvě látky (benserazid a karbidopa), které se ukázaly být velmi účinné v potlačování většiny nežádoucích účinků levodopy, tím že blokují proměnu levodopy na dopamin ve všech tkáních mimo mozek. Kombinace těchto léčiv se používá dodnes a žádný jiný lék jejich účinnost zatím nepřekonal (ROTH a kol., 2009).

*Podle některých studií, které proběhly koncem 20. století, vzniká Parkinsonova nemoc určitou kombinací genetické vlohy a vlivů zevního prostředí, avšak způsob, jakým tyto faktory přispívají k ničení dopaminergních neuronů, není známa. Další studie poukazuje na fakt, že tímto faktorem mohou být oxidativní děje, které tyto neurony ničí. Vyšší riziko vzniku PN může zvýšit také expozice některých chemických látek (MTPT) obsažených v pesticidech, insekticidech atd. Studie probíhala na laboratorních zvířatech (potkani, opice). Byly u nich pozorovány charakteristické změny chování, neurochemické a neuropatologické rysy PN. Stejným účinkem jako MTPT látky mohou působit četné přírodní látky, pocházející z plisní, bakterií a rostlin (DOLEJŠOVÁ, 2015, s. 3).*

**Příčina** vzniku PN není doposud známa. Onemocnění vzniká po neuronální ztrátě v pars compacta substantiae nigrae, kdy klesá syntéza dopaminu v této oblasti. Jedná se o dynamický proces rozvoje patologických změn a klinický obraz nemoci se s největší pravděpodobností projevuje po delším subklinickém období. Toto období se odhaduje na 3 - 5 let a nazývá se preklinické (asymptomatické) stádium dopaminového nigrostriatového deficitu. První klinické projevy nemoci se objevují, když klesne původní množství syntézy dopaminu pod 20%. Zdroje uvádějí některé možnosti, jak se pokles dopaminu v substantiae nigrae rozvíjí, jak tvrdí Králová (2012, s. 15):

- *množství dopaminu je nižší od narození a procesem fyziologického stárnutí klesá pod 20%, což ukazuje na genetickou poruchu*
- *endotoxiny nebo exotoxiny jednorázově poškodí dopaminergní buňky nebo schopnost syntézy dopaminu a následuje úbytek buněk v důsledku stárnutí*
- *zvýšená ztráta schopnosti syntézy dopaminu nebo zvýšená buněčná smrt se rozvíjí již od narození, příčinou by mohla být genetická porucha*
- *endotoxiny či exotoxiny způsobí neschopnost syntézy dopaminu nebo zvýšenou buněčnou smrt v průběhu života*

**Výskyt PN** v populaci (tzv. prevalence) se v Evropě pohybuje mezi 84 až 187 postiženými na 100 000 obyvatel, tedy přibližně každý tisící člověk trpí Parkinsonovou nemocí. Budeme-li sledovat PN pouze u osob starších 60. let, zjistíme, že postihuje více než jedno procento této populace. Jde o nemoc poměrně častou (ROTH, 2009, s. 15).



Podle některých studií existuje něco jako typická osobnost pacienta s PN. Jedná se především o povahové rysy, jako je uzavřenost, systematicčnost a pedantičnost, horší přizpůsobivost a sklony k depresím. Někdy se může u pacientů pozorovat návykové chování jako je požívání alkoholu, drog či kouření (ROTH a kol., 2009).

*Podkladem hlavních motorických příznaků PN je úbytek dopaminergních neuronů v pars compacta substantiae nigrae s následným snížením obsahu dopaminu ve striatu (BEDNAŘÍK, 2010, s. 588).*

*V patogenezi onemocnění se uplatňuje ztráta pigmentových neuronů v substantia nigra a jejich degenerace (VOKURKA, 2012, s. 247).*

Dopamin se netvoří v dostatečném množství a dochází tak k úbytku dopaminergních synapsí ve striatu. Při deficitu dopaminu nemůže striatum dobře pracovat a dochází tak k poruše regulace hybnosti a k dalším typickým projevům PN.

Bednařík (2010), uvádí, že v mozku dochází u nemocného k poklesu hladin dalších neurotransmiterů, jako jsou: serotonin, acetylcholin, noradrenalin, a tím dochází k poruše regulace systému BG a jejich spojů. Dle nových studií je PN progresivní neurodegenerativní proces, který postupně postihuje řadu mozkových systémů. Jde např. o poruchu čichu, spánku, deprese, kognitivní poruchy, motorické poruchy, což jsou projevy kontinuálního patologického procesu.

Degenerativní procesy nepříznivě ovlivňují především řízení motoriky (SLEZÁKOVÁ, 2014).

## 2 FYZIOLOGIE EXTRAPYRAMIDOVÉHO SYSTÉMU A BAZÁLNÍCH GANGLIÍ

EPS je souhrn všech korových a podkorových jader a jejich spojení do drah. Je zodpovědný za udržení svalového napětí tonu a za koordinaci pohybů. Činnost EPS probíhá mimovolně a souběžně s volní pohybovou aktivitou zahajovanou pyramidovou drahou a příslušnými korovými oblastmi mozku, z nichž vychází. Součástí EPS jsou BG struktury mozkového kmene. Za volný pohyb už odpovídá pyramidový systém (AMBLER, 2011). Průběh mozkových drah extrapyramidového systému vede z talamu do striata, pak dále do palida, nuklea ruber, talamu, substantia nigra a retikulární formace tekta (SEIDL, 2008).

*Bazální ganglia mají velký podíl na mechanismu pohybu. Výsledkem těchto mechanismů jsou aktivity, jako je chůze, držení těla, výraz obličeje apod. Bazální ganglia mají nezastupitelnou roli také v afektivních, kognitivních i motivačních funkcích. Na jejich úrovních jsou založené vrozené osobnostní rysy jedince. V bazálních gangliích jsou dva hlavní systémy neuronů z hlediska sekrece neurotransmiterů: dopaminergní a cholinergní (AMBLER, 2011, s. 36).*

*Dopamin se tvoří převážně v tzv. středním mozku v substantia nigra odkud je transportován do striata, kde končí (dopaminergní dráha). Je to chemická látka ze skupiny katecholaminů vznikající z tyrozinu. Dopamin aktivuje dopaminové receptory, funguje jako neurotransmitter. Je uvolňován nervovými buňkami na tzv. synapsích, kde se váže na příslušné receptory a umožňuje přenos nervových impulsů z jedné buňky na druhou. Degenerace dopaminových center substantia nigra může způsobit Parkinsonovu nemoc (ROTH, 2009, s. 18).*

Rokyta (2016), uvádí, že neurony ve striatu můžeme rozdělit na interneurony, malé (GABA mediátor) a velké (ACH mediátor), a na buňky projekční. Neurony představují 90% striata. Jejich axony jsou výrazně rozvětveny.

### 3 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ PN

Zpočátku pacienti netrpí žádnými specifickými symptomy. První potíže jsou necharakteristické: bolesti zad a ramen, potíže s končetinami, monotónnost hlasu. Teprve za řadu měsíců se objevují základní příznaky: svalová ztuhlost, hypokinetický syndrom, klidový třes, posturální instabilita, vegetativní a psychické poruchy (ROTH, 2009, s. 25).

**Svalová ztuhlost** (rigidita) se projevuje zvýšeným svalovým napětím, které má nezastupitelnou funkci k udržení postoje a provedení pohybu. Ztuhlé svaly při rigiditě kladou zvýšený odpor v celém rozsahu aktivního a pasivního pohybu (BEDNAŘÍK a kol., 2010).



Obrázek 1 Svalová rigidita

Zdroj:

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sir\\_William\\_Richard\\_Gowers\\_Parkinson\\_Disease\\_sketch\\_1886.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sir_William_Richard_Gowers_Parkinson_Disease_sketch_1886.jpg)

**Tremor** je mimovolní, rytmický a kontinuální svalový pohyb o periodických oscilacích. Třes u nemocného s PN se objevuje v klidu, je asymetrický, pravidelný, s maximem projevu na akru končetiny a pomalé frekvence 4 - 7 kmitů za sekundu (ROTH, 2009, s. 25). Hlava je třesem postižena velmi vzácně, může být přítomen třes brady. V pokročilejších případech se charakter třesu může měnit (např. může obtěžovat i při jídle).

**Porucha postoje a chůze**, jsou nedílnou součástí projevů PN, velmi komplikují život pacienta. Patří mezi ně např. **bradykineze** (pomalý pohyb), **hypokineze** (zmenšený rozsah pohybu), **dyskineze** (mimovolné pohyby), **akineze** (neschopnost začít pohyb). V reálu je především charakteristické sehnuté držení trupu, šíje, pokrčení končetin a v pokročilejším stádiu nemoci chůze o drobných, šouravých krůčcích s nejistými pomalými otočkami a porucha rovnováhy (ROTH a kol., 2009). Pokud je pacient v tzv. akinetické krizi, musí již být léčen na JIP - neurologii, protože je ohrožen na životě, nepřijímá jídlo, tekutiny, léky, vznikají dekubity a pneumonie (kromě již vzpomenuté neschopnosti pohybu), ústící mnohdy v **instabilitu** (SCHAENZLER, 2014).

**Hypomimie** - *rigidita a bradykineze svalstva obličeje vede k nepřítomnému, stejnému výrazu tváře, bez emocionálních projevů a mrkání - tzv. maskovitý obličej* (BENETIN, 2014, s. 13).

**Porucha řeči** se objevuje i v časných stádiích PN. Je to především snížení hlasu a jeho nedostatečná melodičnost. Rychlost řeči je zpomalena. Někteří pacienti trpí v určitých okamžicích i zrychleným tokem drmolivé řeči, což vede k naprosté nesrozumitelnosti.

*Pro PN je typická mikrografie - nemocný při psaní zmenšuje písmo, až se stává nečitelným, občas ani nedokončí řádek. Možná cítí nelehkou budoucnost a zmenšováním písma vyjadřuje jeho duševní schoulení se kvůli strachu, „veselka“ ho rozhodně nečeká* (HRABICA, 2007, s. 386).

Roth (2009), uvádí, že **poruchy vegetativního nervstva** jsou u pacienta s PN velmi časté. Nejčastější je obstipace. Někdy bývá mylně spojována s léčbou L-dopou, nebo anticholinergikem. K léčbě zácpy se využívají laxancia, klyzmata a digitální vybavení stolice. U mužů může docházet k opožděnému startu mikce, polakisurii, retenci moče. Obtíže jsou důsledkem hypertrofie prostaty a užívání anticholinergika. Dál uvádí, že **porucha polykání** se vyskytuje následkem anteflexního držení hlavy a šíje při stolování. Dochází k nadměrnému tvoření slin, což je problém při jejich polykání. V obličeji se tvoří maz, pacienti se víc potí, hlavně v noci, trpí poruchami spánku v důsledku špatného psychického stavu, přičemž po probuzení mají větší problémy s pohybem.

**Malnutrice** u nemocných s PN vzniká z různých příčin, především je to onemocnění při zvýšení klidového metabolického rozvratu. **Dysfagie** (porucha polykání) hraje významnou roli v úbytku hmotnosti u pacientů s PN, zejména v pokročilých fázích onemocnění. Je nepravděpodobné, že by se dysfagie podílela na úbytku váhy u pacientů v raných fázích onemocnění, či ještě před stanovením diagnózy. Může dojít k tzv. *tiché aspiraci* - průniku tekutin a stravy do dýchacích cest. Poruchu polykání může vyšetřit klinický logoped nebo otorinolaryngolog. Zácpa se při PN vyskytuje běžně. Tvoří se divertikly, které se mohou zanítit podobně jako appendix, se stejnými následky bez adekvátní léčby. K zácpě přispívá i zvýšená rigidita dýchacích svalů a břišní stěny (KLEMPÍŘ, 2013).

Zásady správné výživy se u PN neliší od obecných doporučení. Je vhodné jíst pravidelně, menší porce a častěji. Důležitá je pestrost stravy za respektování individuálních potřeb pacienta. Při **poruše polykání** se může stravování podpořit tzv. sippingem, tj. formou příjmů energie a živin obsažených ve speciálních nutričně vyvážených produktech, např. Nutridrink (DOSTÁL, CHVÍSTKOVÁ, 2010).

Již samotná léčba, ale i nevhodné stravování pacientů s PN, vede k **zhoršení motility střev** a k **zácpě**. Příznaky zácpy zmírňují dostatečný příjem tekutin, vláknina, švestky, teplé nápoje po ránu (Šaratice), dostatek ovoce a zeleniny. V některých případech je nutno užívat Lactulosu, která změkčuje střevní obsah. Je vhodné podávat probiotika, která podporují správnou funkci střev (DOSTÁL, CHVÍSTKOVÁ, 2010).

U pacienta s PN se objevují velmi často **psychické problémy**. Nejčastěji jde o depresi. Ta je způsobena nedostatkem dopaminu, serotoninu a noradrenalinu v mozku. Pacienti se podceňují, mají pocity beznaděje, úzkosti, může se projevit i celkovou skleslostí, nadměrnou únavou, poruchou příjmu potravy, nebo poruchou spánku. Někdy tyto pocity mohou vyústit v pokus o sebevraždu, nebo i v dokonanou sebevraždu (ROTH a kol., 2009). U některých pacientů jsou jen omezeny některé duševní funkce např. paměť nebo orientace v prostoru.

**Psychóza** spojená s PN je závažný neuropsychiatrický stav, který vyžaduje aktivní a odhodlanou neurologickou spolupráci s psychiatrem. Její léčba vyvolává závažná neuropsychiatrická dilemata vyžadující rovnováhu mezi antiparkinsonickou a antipsychotickou léčbou tak, aby antiparkinsonická medikace měla minimální psychotropní aktivitu a antipsychotické léky by nezhoršovaly motorické symptomy základního onemocnění. *Vzhledem k tomu, že PSPCH vážně narušuje kvalitu života pacientů a představuje zátěž pro jejich pečovatele a příbuzné, musí být při určování diagnózy a první léčby Parkinsonovy nemoci zohledněna. Můžeme minimalizovat riziko pozdější psychotické poruchy nebo nasadit racionální farmakoterapii, která je klíčovou součástí prevence proti PSPCH (PATARÁK, 2014, s. 210-214).*

Zvoníková (2010), uvádí, že existuje pět stádií PN. V prvním stádiu dochází k postižení jedné strany těla a dochází k nepatrnému ovlivnění pohybových funkcí. V druhém stádiu dochází k oboustrannému asymetrickému postižení a objevují se další příznaky nemoci (třes, rigidita). Ve třetím stádiu se projevuje porucha chůze a rovnováhy s omezením soběstačnosti. Čtvrté stádium je charakteristické sníženou schopností soběstačnosti a častými pády. Při posledním, pátém, stádiu onemocnění dochází k úplné imobilizaci

Průběh onemocnění je velmi individuální.

## 4 DIAGNOSTIKA A VYŠETŘOVACÍ METODY PN

Základem diagnózy je anamnéza, dále klinická vyšetření popsaná níže, včetně reageance pacienta na podání dopaminergního léku. Důležité je vyšetřovat hypokinezi, např. schopnost poklepávat ukazováčkem na palec nebo rytmicky poklepávat nohou. Užitečný je i test udržení rovnováhy - pacient by měl udržet rovnováhu poté, co je postrčen dozadu lehkým úderem do sternu. Když má pacient symptomy jako jsou nestabilita při chůzi, stoji, pády, nepravidelný třes a symptomy poruchy vegetativního nervového systému, lékař ho odešle na speciální vyšetření do neurologické ambulance. Neurolog po přesném zjištění anamnézy (příznaky, rodinné dispozice, apod.), a po neurologickém vyšetření (mimika, reakce svalového tonu, rozsah a průběh pohybu), nařídí další vyšetření (ROTH, 2009).

K hlavním vyšetřovacím metodám PN jak uvádějí Růžička (2008), Macháčková (2009) patří:

- **odběr krve:** sedimentace, krevní obraz (hladina cukru, jaterní testy, funkčnost ledvin)
- **sonografie** krčních tepen, která zjišťuje průtok krve tepen a případné jeho změny
- **elektroencefalograf:** pomocí snímacích elektrod umístěných na povrchu hlavy se během vyšetření snímá aktivita mozku v klidovém stavu, v kombinaci se změnou dýchání, otevírání a zavírání očí apod.
- **počítačová tomografie mozku:** je rentgenové vyšetření mozku, většinou spojené s aplikací kontrastní látky do krve. Snímá se celkový stav mozku a cév či případné změny
- **nukleární magnetická rezonance:** zobrazuje mozek podobně jako CT působením silného magnetického pole. Při vyšetření je pacient v úzké kabině, nesmí ji absolvovat jedinec s klaustrofobií, s kardiostimulátorem, s jinými kovovými náhradami v těle (svorky, kloubní náhrady, šrouby)
- **pozitronová emisní tomografie:** pomáhá rozlišovat PN od PS. U PN se objevuje snížený výdej radioaktivity v putamen po podání levodopy označené fluorem

- **jednofotonová emisní výpočetní tomografie:** tato metoda zobrazuje presynaptickou část dopaminergního systému, používají se u ní ligandy označené jódem, které se vážou na nesynaptické dopaminové transportéry. Ve striatu se ukazuje dopaminergní deficit
- **L-dopa test:** při tomto testu se zjišťuje odpověď organismu na dopaminergní podnět. Provádí se nalačno u pacientů s podezřením na PN, kde ještě diagnózu nebylo možno určit na 100 % (příloha H).
- **psychologické vyšetření kognitivních funkcí:** vyšetřují se pozornost, paměť, myšlení, učení, rozhodování se.



## 5 TERAPIE PN

Léčba PN je jednou z nejnadějnějších oblastí neurologie. Onemocnění se sice vyléčit nedá, ale alespoň se dá zastavit jeho progresu a dlouhodobě se daří potlačování jednotlivých příznaků nemoci. Správnou léčbou se usnadňuje každodenní život pacienta (RŮŽIČKA a kol. 2009). Léčba PN je velmi specifická a vyžaduje od lékaře individuální přístup. Dá se členit na medikamentózní a chirurgickou.

### Farmakoterapie

Antiparkinsonika patří do třech skupin:

- léky nahrazující chybějící dopamin - levodopa a agonisté dopaminu
- léky měnící metabolismus levodopy a dopaminu, nebo působící na jiné systémy nervových přenašečů - anticholinergika, inhibitory MAO-B inhibitory COMT, amantadin
- léky ovlivňující vedlejší příznaky a komplikace - domperidon, anxiolytika, sedativa, antidepressiva, hypnotika, neuroleptika.

**Levodopa** (Isicom, Nakom, Stalevo, Madopar) je přirozená látka, z níž v těle člověka enzymatickou přeměnou (působením enzymu dopa - dekarboxylázy) běžně vzniká dopamin. Levodopa vzniká z tyroxinu, snadno proniká z krevního oběhu do mozku, v jehož buňkách se mění v dopamin. Léčba levodopou se zahajuje v nízké dávce, (cca 100 mg denně) a dle aktuálního stádia nemoci se pozvolna dávka navyšuje (300 - 1500 mg denně). Nežádoucími účinky je kolísání TK, dále dyskineze, psychotické projevy (RŮŽIČKA a kol., 2009). V době, kdy se levodopa užívá, by měl být omezen příjem bílkovin.

**Intraduodenální duodopa** je invazivní metoda u léčby PN. Duodopa je koncentrovaný gel s obsahem levodopy a karbidopy (20/5mg v 1ml), který je přenosnou pumpou dopravován přímo do duodena. Gel je podáván přes PEG a to PEG - jejunální (PEG/J) sondou. Aplikace je nastavena tak, aby podávání bylo co nejvíce kontinuální, a je aplikováno po dobu 16. hodin za den. Na noc se pumpa vypíná. Při aplikaci je dosahováno stabilních plasmatických hladin levodopy a tím i následného zlepšení života pacientů (KLEMPÍŘ, 2017).

**Agonisté dopaminu** (Mirapetin, Requip, Permax) jsou léky procházející hematoencefalickou bariérou a působící na dopaminové receptory ve striatu. Působí hlavně při zvládnání pozdních komplikací PN. Při podání agonistů je potřeba brát v potaz věk pacienta (hlavně nad 65 let). Nežádoucím účinkem je např. nadměrná spavost (RŮŽIČKA a kol., 2009).

**Anticholinergika** (Akineton, Apo-Benz-Tropin) byla až do objevu levodopy jediným účinným prostředkem pro léčbu PN. Jejich využití vychází z předpokladů nerovnováhy mezi jednotlivými přenašeči nervových signálů v mozku, kde při nedostatečném množství dopaminu dochází k nadbytku acetylcholinu (jednoho z přenašečů). Po podání anticholinergika se rovnováha mezi přenašeči obnoví na nižší úrovni, a tím se zmírní příznaky nemoci (RŮŽIČKA a kol., 2009).

### **Přídavné látky**

**Inhibitory MAO-B - Selegilin** (Jumex, Cognitiv, Apo-Selec, Sepatrem) způsobuje blokádu monoaminoxidázy typu B, což je enzym, který odbourává dopamin v mozku. Pokud se MAO-B zablokuje, zvýší se množství dopaminu v mozku, tím pádem může selegilin zmírnit příznaky PN. Nežádoucím účinkem je porucha spánku (RŮŽIČKA a kol., 2009).

**Inhibitory COMT** (Tasmar, Comtan) odbourávají v celém těle dopamin. Jeho blokádou se zvýší hladina levodopy v krvi a tím i v mozku, v důsledku čehož se prodlužuje účinek jednotlivých dávek levodopy a zvyšuje hladinu dopaminu v mozku. Nežádoucími účinky mohou být dyskineze, průjem, mimořádně i poškození jater, takže je třeba kontrolovat jaterní enzymy.

**Amantadin** (Viregyt K, PK-Merz) byl původně vyvinut jako protichřipkový lék. Náhodně se přišlo na to, že má příznivý účinek, když se podá pacientovi se zhoršenou pohyblivostí. Následující výzkum ukázal, že amantadin má anticholinergní a dopaminergní účinky. Tlumí projevy, jako je třes, bradykineze a rigidita. I při této léčbě se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, např. bolesti hlavy, zažívací problémy, nespavost.

## **Pomocná léčba**

**Domperidon** (Motilium) blokuje receptory pro dopamin v srdci, cévách, ve stěně trávicí trubice a centru zvracení. Užívá se k prevenci a potlačení nežádoucích účinků levodopy (ROTH a kol., 2009).

**Anxiolytika, sedativa** (Lexaurin, Rivotril, Neurol, Xanax, Diazepam, Oxazepam, Radepur) mají zklidňující a strach odbourávající účinky.

**Antidepresiva** (Citalopram, Escitalopram, Sertralin, Fluvoxamin, Paroxetin) zvyšují množství neurotransmiterů v mozku. Pacienti po podání antidepresiv popisují pocity „projasnění“, chuti bojovat s nemocí. Při léčbě antidepresivy se nesmí současně podávat seligitin, protože by mohla vzniknout hypertenze (ROTH a kol., 2009).

**Hypnotika** (Stilnox, Hypnogen) jsou léky navozující spánek, hrozí závislost na léku.

**Neuroleptika, kognitiva** (Exelon, Aricept, Reminyl), se podávají neklidným pacientům, neblokují sice receptory pro dopamin v BG, ale blokují receptory v mozkové kůře frontálních laloků. Nežádoucím účinkem je sucho v ústech a snížení TK. Kognitiva ovlivňují kognitivní funkce. Při užívání jmenovaných léků se provádí test kognitivních funkcí (MMSE).

## **Neurochirurgická léčba**

Pokud již farmakologická léčba není dostačující, přichází v úvahu chirurgická terapie. U PN pracují některá mozková jádra nedostatečně nebo mají naopak zvýšenou aktivitu, je cílem neurochirurgické léčby odpovídající úprava těchto aktivit BG (ROTH a kol., 2009). To vyžaduje přímý chirurgický zásah do BG, jímž jsou zmíněná jádra propojena do okruhů, v nichž na sebe navazují excitační a inhibiční spoje a řídí pohybový mechanismus pacienta.

**Stereotaktická léze (stereotaxe)** umožňuje velmi přesné zacílení struktur v klenbě lebky na základě CT a MR, neboť se zaměřuje na mozková jádra pomocí speciálního souřadnicového systému, přičemž je tento výkon velmi šetrný. Pacientovi nemusí být aplikovaná narkóza, provádí se jenom v lokálním znecitlivění kůže a okostice v místě, kde se připevňuje stereotaktický rám. Po znecitlivění se navrtá malý otvůrek, kterým se zavádí drátková elektroda (ROTH a kol., 2009).

**Hluboká mozková stimulace** je neuromodulační metoda, která ovlivňuje změněné funkce mozku pomocí elektrických impulzů z elektrod, které jsou zavedeny do center odpovědných za řízení pohybu. Elektrody jsou zaváděny do subtalamičkových jader, nebo do talamu. Generátory impulzů jsou uloženy pod klíční kost, subkutánně na hrud'. Díky kabelům zavedeným v podkoží probíhá propojení impulzů. Toto si může pacient ovlivňovat sám (zapne, vypne). Kontraindikace výkonu je vyšší věk pacienta, deficit kognitivních funkcí nebo akutní deprese.

Neurochirurgická léčba má své nepochybné místo v léčení PN - jako speciální postup u vybraných pacientů, kde medikamentózní léčba není dostatečná a chirurgické řešení skýtá naději na dlouhodobou úlevu. Rozhodnutí o této léčbě je úkolem specializovaných center pro diagnostiku a léčbu extrapyramidových poruch (ROTH a kol., 2009).

Oddělení stereotaktické a radiační neurochirurgie Nemocnice Na Homolce, spolu s Neurologickou klinikou 1. LF UK a ÚVN v Praze tvoří Centrum pro léčbu extrapyramidových poruch pohybu, mezi které patří i PN. Nemocnice Na Homolce disponuje od roku 1992 jako jediná v republice unikátním přístrojem - Leksellovým gama nožem, pomocí kterého lze rovněž provádět destruktivní zásahy (gama - léze). Gama nůž je však používán jen výjimečně, protože při záření není možné klinicky a elektrofyziologicky ověřit a peroperačně kontrolovat správnost zaměření cíle (URGOŠÍK., 2007).

## 6 POHYBOVÁ LÉČBA

Pohyb a cvičení významně přispívá k udržení nebo zpomalení nemoci, protože pohyb nutí daná centra v mozku k práci (přenosům signálů). Léčebná rehabilitace je nezbytným účinným doplňkem farmakoterapie PN a je zatím v léčbě této choroby opomíjena. Může zlepšit výrazně kvalitu života pacientů a může zvýšit efektivnost vynaložených prostředků na farmakoterapii. Významnou roli v rehabilitační léčbě PN může hrát patientská organizace jakou je Společnost Parkinson (kapitola 7).

Důležitou složkou komplexní léčby pacientů s PN je **fyzioterapie**, která se dělí na individuální a skupinovou (SEKYROVÁ a kol., 2009). Určení přesné míry hybného postižení lékařem je základem pro provádění konkrétních úkonů fyzioterapie, vždy s přihlédnutím k aktuálnímu stavu pacienta. Fyzioterapeut vždy vysvětlí pacientovi jednotlivé možnosti pro provádění fyzioterapie. Zásadním cílem pro pacienty s pokročilou PN je, aby byli motivováni k pohybu, a aby byla udržena jejich pohyblivost. Také proto je třeba akcentovat aktivity, které je baví, a zaměřit se na stereotyp chůze, rovnováhu a korekci držení těla (BALÁŽ, 2013).

**Cvičení** pro nemocné s lehkým a středním postižením spočívá ve cvičení obličejových svalů, hlavy a krční páteře, cvičení trupu, horních a dolních končetin, v nácviku držení těla, důležité jsou cviky ve stoje u náradí, ve stoje v prostoru, nácvik chůze po rovině, chůze po schodech, dechové cviky. Cvičení pro nemocné s těžkým postižením (pacienti nejsou schopni prakticky žádného pohybu) provádí fyzioterapeut např. tak, že pacienta uloží na bok, nakartáčuje mu celá záda štětínovým kartáčem, pak ho položí na záda, pohybuje mu hlavou, horními končetinami, pak rotuje dolní částí trupu s pokrčenými dolními končetinami. Může také pacienta posadit na lůžku a vyzvat ho, aby si přesedl na židli apod. Pro období neschopnosti začít pohyb (stav „off“) je v rámci cvičení pacient veden k tomu, aby se soustředil na kteroukoli končetinu a zkusil s ní provést i sebemenší pohyb. Takto se postupuje několikrát, stejným způsobem pokračuje i na dalších končetinách. Jestliže se pohyb podaří „nastartovat“, pokračuje se dle aktuálního stavu pacienta s otáčením na bok, sedáním na lůžku, vstáváním z lůžka nebo ze židle. (SEKYROVÁ a kol., 2009).

Je třeba nemocnému pomoci odpočívat, např. můžeme mu namasírovat záda, nebo nohy. Je vhodné do postele dát jeho oblíbené lůžkoviny, které měl rád. Není potřeba kupovat nové, protože se nemusí nemocnému líbit. Některé nové věci mohou člověka s PN rozrušit. V nočních hodinách pomůže ponechat rozsvícené světlo v koupelně nebo na chodbě, aby se věděl lépe orientovat (SCHWARZ, 2008).

**Ergoterapie** je doplňková léčba, která navazuje na fyzioterapii. Pacientovi s lehkým onemocněním má dopomoci k tomu, aby zvládl péči o domácnost, a jiné drobné práce. Je samozřejmé, že rozhodujícím je individuální stav pacienta. V průběhu ergoterapie učíme nemocného oblékat se, holit se, jíst, obouvat si boty, hrajeme s ním různé stolní hry. Protože největším problémem u pacienta s pokročilou PN je psaní, pomůžeme mu ho nacvičovat tak, že ho vedeme ke psaní na tabuli, zejména účinné je kreslení kruhů, vlnovek, ležatých osmiček (SEKYROVÁ, 2009). Všechny činnosti se provádějí s individuálním přístupem.

Další možností léčby může být dle výzkumu Svobodové (2014) **muzikoterapie**. Každý klient má svůj individuální plán, dle kterého u něj muzikoterapie probíhá. Začíná se vždy  $\frac{3}{4}$  taktem, protože ten je nejbližší srdečnímu rytmu. Ovlivňování drah v mozku muzikoterapií je viditelné na CT vyšetření. Při skupinové terapii nemocní zpívali či klepali do rytmu dřívky, terapie se zúčastnila i neuroložka, u které jsou parkinsonici využívající muzikoterapii dispenzarizováni. Při skupinové terapii sama mohla pozorovat pozitivní vliv muzikoterapie. Nemocný, se silnou dyskinezí při puštěné hudbě, klepal dřívky do rytmu, tento pohyb byl i přes mimovolné pohyby celého těla přesný a plynulý.

Pro pacienty s lehkým až středně těžkým onemocněním je vhodná **lázeňská léčba**, při níž lze ve velké míře využívat balneoterapie (uhlíkové a perličkové koupele, vířivé lázně), jako podpůrnou fyzikální terapii lze využít tepelných procedur, masáží, individuálních a skupinových pohybových cvičení. Při oscilaci nemoci se často používá pití projímavých lázeňských vod. Účinnou součástí lázeňské léčby jsou společenské a kulturní aktivity, besedy, taneční zábavy a vhodné procházky (ROTH a kol., 2009).

## 7 SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR A VE SVĚTĚ

O zabezpečení sociální péče, a to i pro pacienty s PN, se do značné míry stará stát. Informace o nárocích na tuto péči mohou nemocní a jejich rodiny získat na odborech sociální péče městských, okresních nebo krajských úřadů. Existují také sociální a občanské poradny, kde lze tyto informace získat. Jako konkrétní příklad péče státu o postižené spoluobčany (i s PN), je přiznání částečného či plného invalidního důchodu, příspěvku na péči a jiných dávek sociální podpory, ale i pečovatelské služby a zajištění ústavní sociální péče (ROTH a kol. 2009).

Nemocný podá žádost o **důchod** u Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ). Posudkový lékař posoudí jeho stav dle zprávy ošetřujícího lékaře a určí míru jeho invalidity. Procesem posouzení a přiznání (či nepřiznání) invalidního důchodu se zabývá zákon č. 155/1995 Sb., v aktuálním znění, o důchodovém pojištění a to tak, že pacient s lehčí formou postižení nemá nárok na invalidní důchod, se středně těžkým postižením může získat částečný invalidní důchod a s těžkou formou postižení má nárok na přiznání plného invalidního důchodu (ROTH, 2009).

Problematiku dávek pro osoby se zdravotním postižením (včetně PN) pak upravuje zákon č. 329/2011 Sb., v platném znění, který, mimo jiné, obsahuje pravidla pro poskytování příspěvku na zdravotní pomůcky a příspěvek na mobilitu (ROTH a kol., 2009).

Po letech fyzických potíží přijde chvíle, kdy se pro pacienta péče o jeho osobu stává nadměru obtížnou. Hrozí mu pády, péči o domácnost se stává příliš únavnou, takže potřebuje pomoc další osoby. Ta se realizuje na základě předpisu lékaře. Pacient zpravidla profesionální péči těžce přijímá, zvláště pokud má rodinu, která se o něj ještě do jisté míry stará a jejíž péči pokládá za dostatečnou. Konfrontace s jinými osobami, které přicházejí do jeho soukromí (všeobecné sestry, pečovatelky), mnohdy vnímá jako obtížnou. Velmi záleží na přístupu těchto pracovníků, zda tuto pomoc nemocný přijme.

**Domácí sociální péče** zajišťuje pečovatelská služba za úplatu. Zahrnuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů, jako je hygiena, oblékání, stravování, zprostředkování sociálního kontaktu, doprovod k lékaři, pomoc při prosazování prav a zájmů.

**Domácí zdravotní péči** zprostředkovávají agentury domácí zdravotní péče návštěvami všeobecných sester, které zajišťují zdravotní úkony předepsané ošetřujícím lékařem. Jako první mohou upozorovat zdravotní problémy pacienta (hubnutí, infekce, záněty žil, problémy TK, zácpu), ale také jeho depresivní stav. Na základě sesterského pozorování zdravotního stavu nemocného informuje agentura ošetřujícího lékaře. Tato péče je hrazena do určité míry pojišťovnou.

Vlastní provádění domácí péče představuje pro pracovníky velkou psychickou zátěž a je i nemálo fyzicky náročná, takže může u nich vézt i k depresivním stavům nebo syndromu vyhoření. (VONDRÁČKOVÁ, 2015).

Může nastat situace, kdy pacientům nedostačuje domácí péče jako taková, ve svém rodinném prostředí zůstat nemohou, takže musí vyhledat domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem nebo **domov pro seniory** (BONNET a kol., 2012). Skladba klientů v DPS často odpovídá léčebnám pro dlouhodobě nemocný, proto je tato péče o psychicky a fyzicky velmi náročná. Nemocný může být v domově umístěný dlouhodobě, až do jeho posledních dní života, nebo jenom dočasně, t. z., odlehčovací pobyt. Nemocný si v domově zvyká na personál. Stará se o něj po dobu 24 hodin multidisciplinární tým, složený se všeobecných sester, fyzioterapeutů a pečovateli. Vedoucí sociální péči má na starost pečovatele a vrchní sestra fyzioterapeuta a všeobecné sestry. Fyzická náročnost je spojovaná zejména se stavem nemocného, ale i s nočními službami a prostorovým omezením domova. Na psychické náročnosti práce sestry se podílí obdobné faktory, nejvíce je sem řazena rodina nemocného, specifika komunikace s nemocným, pracovní klíma, zodpovědnost a dokumentace.



Na sestry jsou kladeny vysoké nároky na široké spektrum odborností a dovedností při poskytování ošetrovatelské péče, zejména je to samostatnost při rozhodování o zdravotním stavu nemocného, protože jsou v domově bez lékaře. Mnohdy se stává, že doktor je dostupný jenom na telefonu a musí proběhnout konzultace o stavu nemocného toutle formou. Doktoři se snaží ihned stav pacienta řešit, ale všechno zůstává na rychlém rozhodnutí sestry. Když nemocný ohrožen na životě sestra podává první pomoc a ihned volá RZP. Tu se sestra střetává s velikou neochotou hospitalizace nemocných z důvodu stálé přítomnosti sestry v DPS. Tato mylná informace je podávána i rodinným příslušníkům, kteří sestry osočují, že se o její příbuzný nechtějí postarat.

Sestry musí zvládnout i komunikaci s ostatními členy týmu, což je někdy velmi náročné, protože pečovatele vidí zdravotní stav nemocného jinak, jak profesionální sestry. Vede dokumentaci v počítačovém systému Cygnus, formou ošetrovatelského procesu, kde zapisuje ordinace lékařů, celkový zdravotní stav nemocného a zhodnocení péče. Ošetrovatelská péče se poskytuje v oblastech biologické potřeby - příjem potravy, zajištění pitného režimu, vyprazdňování, komplexní hygienická péče, péče o pokožku a dutinu ústní, péče o spánek a odpočinek, polohování, prevence dekubitů, opatření ke snížení bolesti, péče o umírajícího, zemřelého a další.

Na pacienta je potřeba pohlížet také holisticky. Je samozřejmé, že je třeba dbát na jeho **spirituální potřeby**. Je - li pacient jakékoliv víry, je třeba naplňovat jeho potřeby z toho plynoucí, pokud to není v kontrastu s jeho zdravotním stavem.

V první řadě spočívá největší podpora nemocného s PN na rodině. Pokud má nemocný sklon k hypoaktivitě, depresím, uzavírání se do sebe, rodinné prostředí by ho mělo vést k aktivitě, k zapojení do života i do společnosti. Jedna z možností je činnost klubů **Společnosti Parkinson**. Tato společnost byla založena v roce 1994 lékaři Neurologické kliniky 1. LF UK v Praze, za vydatné pomoci prof. MUDr. E. Růžičky, DrSc. a doc. MUDr. J. Rotha, CSc. Tato společnost nabízí pomoc nejen nemocným, ale i jejich rodinám s cílem zlepšit komunikaci s nemocnými a informovanost o obtížích spojených s PN. K tomu účelu slouží kluby jmenované společnosti, v nichž se nemocní pravidelně scházejí, cvičí, organizují rekondiční pobyty, vycházky, exkurze a besedy (Kněř, 2009).

**Světová charta** byla přijata dne 11. 4. 1997, a formuluje právo nemocných na:

- *odbornou lékařskou péči se zaměřením na Parkinsonovu nemoc*
- *odpovídající vyšetření a stanovení přesné diagnózy*
- *přístup k sociálním službám*
- *soustavnou léčebnou péči*
- *spolurozhodování o léčbě* (KNÉŘ in ROTH, 2009, s. 202).

**Asociace Evropské Parkinsonovy nemoci** založena v červnu roku 1992 v Mnichově, je jedinou evropskou organizací pro PN. Je zásadním zdrojem informací pro všechny zúčastněné strany s PN, zvyšuje povědomí o složitosti a dopadu této nemoci. Její vizí je nejen umožnit všem lidem s PN žít plnohodnotný život, ale zároveň podporuje výzkum směřující k nalezení léků na tuto nemoc (EPDA, 2017).

## 8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PN

*Ošetřovatelský proces představuje systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta/pacienta. Jako standard byl přijat Americkou asociací sester (ANA) v roce 1988 (MASTILIAKOVÁ, 2014, s. 38). Ošetřovatelský proces se skládá z řady 5 kroků. Při tomto procesu se od sestry očekává:*

- *systematické shromažďování všech údajů, které se týkají samotného pacienta i projevů jeho nemoci, využití/posouzení nemocného "Kdo je můj nemocný?"*
- *rozbor těchto získaných údajů, ošetřovatelská diagnóza "Co ho trápí?"*
- *naplánovaná volba příslušných ošetřovatelských úkonů "Co pro něj mohu udělat?"*
- *praktická realizace těchto úkonů "Jakým způsobem mu mohu pomoci?"*
- *hodnocení získaných výsledků ošetřovatelské péče s návrhem případných změn podle individuálních potřeb nemocného "Jakým způsobem mu mohu pomoci?"* (BOROŇOVÁ, 2010, s. 67).

Tóthová (2014), uvádí, že ošetřovatelský proces představuje pozitiva i pro sestru, neboť jí nutí k systematickému sebevzdělávání, odbornému růstu, důslednému plnění ošetřovatelských norem a norem akreditovaných pracovišť. Nezanedbatelným pozitivním důsledkem je také fakt, že se sestra přesným naplňováním ošetřovatelského procesu vyhne rozporu se zákonem. Všechny tyto skutečnosti přispívají k spokojenosti sestry v zaměstnání.

Zpracování ošetřovatelské kazuistiky (obecná ošetřovatelská dokumentace) bylo prováděno v Domově pro seniory v Praze po dobu 5 pracovních dnů, a to v době 15. 9. - 19. 9. 2017, u 96 - letého pacienta s PN s celkovým zhoršením zdravotního stavu. Na základě analýzy zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru, fyzikálního vyšetření a pozorování pacienta byl zhodnocen jeho zdravotní stav, byly formulované ošetřovatelské diagnózy dle jeho priorit a navržen individuální plán ošetřovatelské péče, který byl následně vyhodnocen.

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

<b>Jméno a příjmení:</b> XY	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> 1921	<b>Věk:</b> 96
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Praha	<b>Adresa příbuzných:</b> Praha
<b>Rodné číslo:</b> XX	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Vzdělání:</b> vysokoškolské - Ing.	<b>Zaměstnaní:</b> důchodce
<b>Stav:</b> vdovec	<b>Státní příslušnost:</b> česká
<b>Kontaktní osoba:</b> dcera	<b>Datum přijetí:</b> 15. 12. 2016
<b>Dorozumívací jazyk:</b> český	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. Dvořák
<b>Oddělení:</b> DS	<b>Typ přijetí:</b> dlouhodobý pobyt pro ztrátu soběstačnosti

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** Celkové zhoršení zdravotního stavu ve smyslu mobility a kognitivních funkcí.

**Medicínská diagnóza hlavní:** G20 Parkinsonova nemoc

**Medicínské diagnózy další:** N40 Zbytnění prostaty

### Vitální funkce při přijetí:

<b>TK:</b> 110/60mm Hg	<b>Výška:</b> 187 cm
<b>P:</b> 62 <sup>´</sup> /min	<b>Hmotnost:</b> 60 kg
<b>TT:</b> 36,6°C	<b>BMI:</b> 17,2 kg/m <sup>2</sup>
<b>D:</b> 18/min	<b>Pohyblivost:</b> omezena
<b>Krevní skupina:</b> 0 RH pozitivní	<b>Stav vědomí:</b> orientovaný

### Nynější onemocnění:

96 - letý pacient s celkovým zhoršením zdravotního stavu, především mobility a kognitivních funkcí. Progreduje třes horních končetin, nestabilita, má šouravou chůzi, narušený spánkový režim, sebepěči samostatně nezvládá. Pacient se snaží o spolupráci, na dotazy odpovídá, je nekuřák. Anamnestické údaje byly získány od pacienta, od jeho dcery a od lékaře.

Pacient souhlasil s použitím osobních informací ke zpracování BP.

**Informační zdroje:** pacient, dcera, obvodní lékař, lékařské zprávy.

## ANAMNÉZA

### RODINNÁ ANAMNÉZA:

**Matka:** zemřela stářím v 78 letech

**Otec:** zemřel v 76 letech na CA oropharyngu

**Sourozenci:** sestra žije, 73 let

**Děti:** dcera zdravá, 62 let, podílí se na péči o svého otce pravidelně.

V historii rodiny se PN nevyskytuje.

### OSOBNÍ ANAMNÉZA:

#### Překonané a chronické onemocnění:

- běžné onemocnění dětské
- zbytnění prostaty
- PN ve stadiu pozdních hybných komplikací s dyskinezemi a demenci
- postupné zhoršování pohybové obratnosti a hypokineze.

**Hospitalizace a operace:** Kardiologie FNKV - 06/2014

**Úrazy, pády:** poslední pád - 14. 8. 2017

**Transfuze:** 0

**Očkování:** Vaxigrip 11/2016

### LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Tabulka 1 Seznam předepsané medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
NAKOM	TABLETA	275 mg	1-1-1-1-1	antiparkinsonikum
PRADAXA	TOBOLKA	100 mg	0-1-0	antikoagulancia
ATORIS	TABLETA	10 mg	0-0-1	statin
ELICEA	TABLETA	10 mg	1-0-0	escitalopramum
LACTULOSA	SOLUTIO	5 ml	1-0-0	laxativum

Zdroj: Siposová, 2017

## **ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:**

**Léky:** PNC

**Potraviny:** 0

**Chemické látky:** 0

**Jiné:** pyl, prach

## **ABÚZY:**

**Alkohol:** 0

**Kouření:** 0

**Káva:** 1x denně - ráno

**Léky:** 0

**Jiné návykové látky:** 0

## **UROLOGICKÁ ANAMNÉZA:**

**Překonané urologické onemocnění:** zbytnění prostaty

**Poslední návštěva u urologa:** 25. 8. 2017, výměna močového katétru č. 18

**Samovyšetření varlat:** pacient se nevyjádřil

## **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:**

**Stav:** vdovec

**Bytové podmínky:** dobré

**Vztahy, role a interakce mimo rodinu:** dcera navštěvuje 2 x do týdne, nebo d. p.

**Záliby:** scrabbles

**Volnočasové aktivity:** cvičil se skupinou parkinsoniků v DS

## **PRACOVNÍ ANAMNÉZA:**

**Vzdělání:** vysokoškolské

**Pracovní zařazení:** technik ve výzkumu

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** 1996, starobní

**Vztahy na pracovišti:** dobré

**Ekonomické podmínky:** dobré

## **SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:**

**Religiózní praktiky:** věřící

**Vyznání:** Církev československá husitská

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU (9. měsíc umístění v DS).

Tabulka 2 Popis fyzického stavu

<b>Posouzení fyzického stavu: 15. 9. 2017</b>		
<b>SYSTÉM:</b>	<b>Subjektivní údaje:</b>	<b>Objektivní údaje:</b>
<b>Hlava a krk:</b>	„Někdy mě bolí hlava, mám jí těžkou, někdy jí řádně neotočím.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Nos, oči a uši bez výtoku, Skléry bez ikteru, spojivky prokrveny. Chrup vlastní, 12 zubů, bez známek traumatu, výstupy na hl. nn., nebolestivé, bulvy ve středovém postavení, vážne mrkání levým okem, jazyk lehce vyplázne středem. Hypomimie obličejových svalů.
<b>Hrudník a dýchací systém:</b>	„Někdy se mi těžko dýchá.“	Hrudník symetrický, bez deformit, plíce poklep jasný, Eupnoe, dýchání čisté, sklípkové, 18 dechů/min. Použitá měřicí technika: měření dechové frekvence.
<b>Srdečně cévní systém:</b>	„Někdy cítím bolest na hrudi.“	Srdeční akce pravidelná, 62 pulsů/min., puls hmatatelný, hypotenze, TK 110/60 mmHg, cévy na DK neporušené, bez otoků.
<b>Břicho a GIT:</b>	„Někdy, cítím, že jsem nadmutý, bolí mě břicho, tlačí mi stolice na konečník.“	Břicho klidné, měkké, prohmatné, peristaltika živá, pacient se hůř vyprazdňuje, stolice nepravidelná, zácpovitá, hnědé barvy obstipace, použití Lactulosity denně ráno 5 ml, plyny odcházejí.

<b>Močový a pohlavní systém:</b>	„Někdy mě pálí šourek, i vývod tady na břicho, mám citlivý i penis.“	Varlata obě zarudlá, bolestivá, genitál přiměřeně k věku, mírně zarudlý, bez známek infekce, moč čirá, změna integrity kůže, zavedena v podbřišku invazivní metodou epicystostomie (15. den po výměně katétru), sledování diurézy denně, průměrná diuréza 1200 ml/12 hod.
<b>Kosterní a svalový systém:</b>	„Špatně chodím, bolí mě nohy, mám je těžké, někdy se mi podlamují kolena.“	Snížená pohybová aktivita, potíže při změně polohy, ale v posteli se otáčí i sám, špatně vstává z lůžka, rigidita celého těla, tremor HK a DK, strnulé tělo, tremor prstů, ve stoji se mu podlamují kolena, dlouho nevydrží stát, udělá maximálně 5 kroků. Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika pádu u pacienta s výsledkem: 13 bodů - značné riziko pádu.
<b>Nervový systém, smysly:</b>	„Používám brýle na čtení, někdy vidím zastřeně, přemýšlím, jak to bude se mnou dál.“	Pacient je při vědomí, spolupracuje, orientovaný osobou, časem, místem částečně. Verbální komunikace je srozumitelná. Má lehce zpomalené psychomotorické tempo. Přítomná porucha polykání malá sousta, pomalá konzumace jídla.
<b>Endokrinní systém:</b>	„Cítím se dobře.“	Glykemie v normě, bez poruchy glukózové tolerance.
<b>Imunologický systém:</b>	„Někdy mám pocit plného nosu, nemůžu se vysmrkat.“	Lymfatické uzliny nezvětšené, alergie na pyl, prach, TT 36,8°C.



<b>Kůže a její adnexa:</b>	„Někdy mě svědí pokožka, zejména nohy, potím se hodně, zejména v obličeji. Na hlavě mám málo vlasů.“	Kožní turgor přiměřený, mastná kůže na celém těle, hlavně v obličeji, nehty upravené, vlasy prořídle a prošedivělé, ostříhané nakrátko, na hýždích rozsáhlý dekubitus II. st., 20 x 20 cm, spodina zarudlá, okolí růžové, ošetřeno: na oplach Prontosan roztok, Lomatuell, Betadine roztok, sterilní krytí, denně, v podbřišku vstup epicystostomie ošetřovat dezinfekcí a převázat asepticky. Škála dle Nortonové s výsledkem: 13 bodů – střední riziko vzniku dekubitů.
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zdroj: Siposová, 2017

**Poznámky z tělesné prohlídky:** potřeba RHB, podávání Lactulosity denně 1x 5 ml ráno, sledování příjmu a výdeje tekutin/12 hodin, ošetřování dekubitu na hýždích, a okolí vstupu epicystostomie, promazávání DK tělovým mlékem.

Tabulka 3 Aktivity denního života

<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Stravování:</b>	doma	„Stravoval jsem se doma řádně, ale teď je to se mnou špatné.“	Nemohu posoudit.
	v DS	„Jím málo, pomalu, někdy nemám chuť, zakuckávám se.“	Porucha stravování, pacient není schopen si sám nabrat jídlo příborem a dát si do úst, dieta č. 3, mletá, racionální, snížená hmotnost a BMI 17,2 kg/m <sup>2</sup> , sipping 3 x denně. Pacient se sám nenají, protože je přítomen třes rukou, strava krájená, porucha polykání. Použitá měřicí technika: BMI Index s výsledkem: 17,2 kg /m <sup>2</sup> a MNA s výsledkem: 5 bodů - podživený.
<b>Příjem tekutin:</b>	doma	„Doma jsem pil z hrnečku, nebylo to tak špatné jako tady.“	Nemohu posoudit.
	v DS	„Rád piju z lahvičky, vypiju litr vody, nebo čaje za celý den.“	Pacient má problém uchopit hrnek a napít se sám. Vypije 1,5 l tekutin - čaje i vody za 12 hod. Pije pomocí brčka nebo lahvičky, někdy s pomocí personálu. Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin.
<b>Vylučování moče:</b>	doma	„Doma jsem chodil často močit.“	Nemohu posoudit.

	v DS	„Tady v břiše mám zavedenou cévku a nemusím chodit močit na záchod.“	Pacient má zavedenou v podbřišku epicystostomii 15. den po výměně, odvádí čirou moč, bez známek infekce, diuréza 1200 ml /12 hod. Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin.
<b>Vylučování stolice:</b>	doma	„Doma jsem měl nepravidelnou stolicí. Většinou tuhou.“	Nemohu posoudit.
	v DS	„Stolicí mám hodně tuhou, bolí mě konečník, když se vyprazdňuji.“	Porucha vyprazdňování, zácpovitá stolice, hnědé barvy, 2 x týdně, nutno sledovat stolicí, vysazovat na WC křeslo, podat denně ráno 5 ml Lactulosity.
<b>Spánek a bdění:</b>	doma	„Doma jsem spal klidně, avšak nepravidelně.“	Nemohu posoudit.
	v DS	„Někdy nemůžu spát, mám neklidné nohy a ruce, pohybuji s nimi v posteli. Rád si ráno přispím, ale mám léky, které mi nosí sestřičky, tak musím vstávat.“	Problémy se spánkem v souvislosti neklidných DK a HK, ztížené otáčení na lůžku. Nutnost změny polohy, protože pacient má defekt na hýždích, sám se otáčí na lůžku, edukace pacienta ohledně nutnosti polohování. Použitá technika: rozhovor s pacientem.
<b>Aktivita a odpočinek:</b>	doma	„Pokud mi zdravotní stav povolil, chodil jsem na procházky. Rád jsem luštil křížovky a hrál společenské hry.“	Nemohu posoudit.

	v DS	„Moc toho nesvedu, rád si s někým zahraji scrabbles, sleduji zprávy, mám tady cvičení, někdy mě to unavuje.“	Pacient má zhoršený pohyb končetin, cvičení s fyzioterapeutem aktivita snižená, omezena. Dcera chodí na návštěvy, hrají spolu scrabbles.
<b>Hygiena:</b>	doma	„Hygienu jsem zvládal, ale postupem času se situace zhoršovala. “	Nemohu posoudit.
	v DS	„Nedokážu se o sebe postarat, protože nedojdu do koupelny. Zvládnu si vyčistit zuby a umýt ruce a obličej. “	Pacient má zhoršenou schopnost dostavit se do koupelny a provést hygienickou péči, dohled nad hygienou těla, dopomoc při oblékání a mytí, při hygienické péči dopomáhá ošetrovatelský personál, 1x denně ráno v koupelně, dle aktuálního zdravotního stavu pacienta, 1x přestlání lůžkovin, 2x týdně mytí hlavy a vlasů, 2 x denně péče o dutinu ústní.
<b>Soběstačnost:</b>	doma	„Dokázal jsem se o sebe postarat, situace se zhoršila. “	Nemohu posoudit.
	v DS	„ Nedokážu toho hodně, někdy se nemůžu hýbat, jsem ztuhlý a jindy se mi třesou ruce.“	Dohled a dopomoc při všech činnostech, pacient je závislý na ošetrovatelské péči, snaží se spolupracovat. Použitá měřicí technika: Barthelové index s výsledkem: 35 bodů - vysoce závislý.

Zdroj: Sipošová, 2017

Tabulka 4 Posouzení psychického stavu

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
	<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>	
<b>Vědomí:</b>	„Někdy vidím bludy, vidím svou kolegyni z práce na pokoji.“	Bere na vědomí, že jeho zdravotní stav se zhoršil, možná kognitivní porucha., spolupracuje. Provedeno zhodnocení stavu dle Jednotné škály pro hodnocení PN(příloha I).	
<b>Orientace:</b>	„Vím, kdo jsem i kde se nacházím. Rozeznám, jestli je den nebo noc. Kolik je hodin, mi musíte připomenout. Jsem doma?“	Pacient je orientován osobou, časem a místem částečně.	
<b>Nálada:</b>	„Někdy mám špatnou náladu, hlavně když nespím, přemýšlím, co bude dál se mnou.“	Změny nálad, smutek z nemoci a ze zdravotního stavu, lehce úzkostní.	
<b>Paměť:</b>	<b>staropaměť</b>	„Pamatuji si něco, co bylo, když jsem byl mladý a pracoval jsem.“	Vzpomíná na minulost, dle sdělení dcery, staropaměť je pouze částečně v pořádku.
	<b>novopaměť</b>	„Nevím, co bylo včera.“	Zhoršena, nepamatuje si blízkou minulost, např. vyprazdňování, stravu.
<b>Myšlení:</b>	„Myslí mi to pomalu, donedávna jsem luštil křížovky, teď mi to nejde.“	Zpomalené, rozvoj demence, narušená schopnost úsudku.	
<b>Temperament:</b>	„Reagoval jsem často impulsivně a vyžadoval jsem od ostatních ústupky.“	Cholerik, ale snaží se spolupracovat.	
<b>Sebehodnocení:</b>	„V minulosti jsem byl	Nejistota, nedůvěra v sebe	

	sebevědomý, ale už si tolik nevěřím.“	samého, ponižuje se. Doma se o sebe dokázal postarat. Dnes je závislý na péči jiné osoby. Z této situace je smutný.
<b>Vnímání zdraví:</b>	„Vím o své nemoci, zdraví mi donedávna sloužilo.“	Rozumí informacím souvisejících s dg. PN.
<b>Vnímání zdravotního stavu:</b>	„Myslím si, že můj zdravotní stav je špatný. “	Před rokem, než byl pacient umístěn do DS, byl soběstačný, t. č. potřebuje pomoc při rozhodování.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:</b>	„Cítím se špatně, celé dny přemýšlím, co se mnou bude.“	Špatně snáší své onemocnění a uvědomuje si jeho závažnost. Ke svému okolí je negativní.
<b>Adaptace na onemocnění:</b>	„Neumím se vyjádřit.“	Pacient ztratil víru v uzdravení, rezignoval. Uzavírá se do sebe.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):</b>	„Bojím se, jak skončím, sestřičky a pečovatelé mi pomáhají. Doktor ke mě dochází asi každý týden.“	Pociťuje stresové stavy, úzkost z nepohody a z imobility. Vyžaduje pozornost, není rád sám na pokoji.

Zdroj: Sipošová, 2017

Tabulka 5 Posouzení sociálního stavu

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Komunikace:</b>	<b>verbální</b>	„Mluvím pomalu“	Řeč zpomalena. Pacient komunikuje pomalu, potřebuje čas.
	<b>neverbální</b>	„Neumím se vyjádřit“	Gestikulace končetinami není omezena. Hypomimie zjevná. Oční kontakt zachován. Haptika pozitivní.
<b>Informovanost:</b>	<b>o onemocnění</b>	„Vím o své nemoci, netěší mě to.“	Dostatečně informovaný, zná svoje onemocnění.
	<b>o diagnostických metodách</b>	„Jsem informovaný, chodil jsem pravidelně na vyšetření.“	Dle zpráv lékařů, je pacient informován, ale nyní již nedokáže rozpoznat význam diagnostických metod.
	<b>o specifikách ošetrovatelské péče</b>	„Neumím se vyjádřit“	Pacient je informován o ošetrovatelské péči, zejména o polohování a ošetřování dekubitu na hýždích.
	<b>o léčbě a o dietě</b>	„Znám svoji dietu, vím, že léky asi musím brát pravidelně.“	Pacient zná svou medikaci i dietu.
	<b>o délce pobytu v DS</b>	„Asi tady dožiju.“	Pacient je do DS umístěn na dlouhodobý pobyt.

**Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, pobytem v DS a změnou životního stylu v průběhu nemoci a umístění do DS:**

- **primární role** (související s věkem a pohlavím): muž, 96 let
- **sekundární role** (související s rodinou a společenskými funkcemi): otec, bratr, přítel, pacient
- **terciární role** (související s volným časem a zálibami): pacient rád hraje společenské stolní hry

Zdroj: Siposová, 2017

## MEDICÍNSKY MANAGMENT

**Ordinované vyšetření:** biochemické vyšetření krve, odběr moče (biochemie, sediment), farmakoterapie, sledování TK, P, TT, P+V tekutin za 12/hod, odlehčování hýždí.

Tabulka 6 Výsledky krve

Natrium	142	mmol/l	132-146
Kalium	4,3	mmol/l	3,5-5,5
Chloridy	106	mmol/l	98-109
Osmolarita	290	mmol/l	280-301
AST	0,65	ukat/l	0,22-0,67
ALT	0,66	ukat/l	0,12-0,67
GMT	0,84	ukat/l	0,15-0,92
Bilirubin celkový	7,00	umol/l	3,00-21,00
Urea	5,5	mmol/l	2,9-11,9
Kreatinin	89	umol/l	62-106
Triacylglyceroly	1,50	mmol/l	0,40-1,98
Cholesterol	4,4	mmol/l	3,4-5,0
HDL Cholesterol	0,65	mmol/l	0,72-2,69
LDL Cholesterol	1,80	mmol/l	1,50-3,00
CRP	4	mg/l	0,00-5
TSH	1,351	mIU/l	0,350-4,800
FT4	15,24	pmol/l	10,00-24,00



**Výsledky moče:** 16. 9. 2017 - pH 7,5 zakalená

**Výsledky krve:** 16. 9. 2017 v normě.

**Konzervativní léčba:**

**Dieta:** č. 3, racionální, mletá, sipping 3 x denně.

**Výživa:** příjem p. o

**Pohybový režim:** vzhledem k nemoci s doprovodem ve vozíku, nutný dohled - riziko pádu, polohování v lůžku z důvodu dekubitu na hýždích.

**Fyzioterapie:** RHB denně, nácvik chůze, kondiční cvičení s fyzioterapeutem, trénink kognitivních funkcí.

**Medikamentózní léčba:**

**per os** - léky, Lactulosa 5 ml 1x denně ráno.

**intravenózní** - 0

**per rektum** - suppositoria glyceriny, klyzma, dle potřeby

**jiná** - dermálně: Prontosan roztok, Lomatuell, Betadine roztok, sterilní krytí.

**Chirurgická léčba:** 0

## SITUAČNÍ ANALÝZA

V domově pro seniory žije po dobu 9 -ti měsíců 96 - letý pacient s PN ve čtvrtém stadiu nemoci. Jde 187cm vysokého muže, vážícího 67 kg ( BMI 17,2 kg/m<sup>2</sup> ), který je ve stádiu pozdních hybných komplikací s dyskinézemi, ztráty hybnosti, soběstačnosti i zhoršení kognitivních funkcí. Trpí celkovou ztuhlostí, třesem HK i DK, chůze je schopen pouze s pomocí chodítka a doprovodu (1 x denně 5 - 6 kroků). Komunikuje zpomaleně, spolupracuje a snaží se porozumět, odpovídá s prodlevou. Je při vědomí, orientován osobou, časem a místem částečně, trpí hypomimií, poruchami příjmu potravin a tekutin, Má sníženou hydrataci, takže je nutno sledování P+V tekutin za 12/hod. Na hýždích má dekubitus II. st. 20 x 20 cm, který je ošetřován dle ordinace lékaře a provádí se fotodokumentace. Pacient trpí zácpou. Léky užívá pravidelně, potřebuje dohled při jejich užívání. V době pozorování mu byly naměřeny tyto hodnoty: TK 110/60 mmHg, 62 /min pravidelných pulzů a 18 dechů/ min., TT 36,6°C.

## STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT.

Sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy, dle zdravotního stavu pacienta. Rozpracovaných je prvních šest aktuálních ošetřovatelských diagnóz a dvě potenciální ošetřovatelské diagnózy. Realizace byla prováděna po dobu 5 dnů všeobecnými sestrami a dalším ošetřovatelským personálem. Hodnocení probíhalo po 5 dnech.

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

- 00085 ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST
- 00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ
- 00102 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI STRAVOVÁNÍ
- 00110 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPRÁZDNOVÁNÍ
- 00131 ZHORŠENÁ PAMĚŤ
- 00044 NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁŇOVÁ

### **Potenciální ošetrovatelské diagnózy:**

- 00004 RIZIKO INFEKCE
- 00155 RIZIKO PÁDU

ZDROJ: HERDMAN, Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Z ang. orig. přel. Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

### **AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:**

#### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 1**

#### **00085 ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST**

**Doména 4 :** Aktivita/odpočinek

**Třída 2:** Aktivita/cvičení

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

#### **Určující znaky:**

- změna chůze
- třes vyvolaný pohybem
- omezený rozsah pohybu
- nekoordinované pohyby
- potíže při přetáčení
- pomalejší reakce
- trhavé pohyby

#### **Související faktory:**

- úbytek svalové hmoty
- alterace kognitivních funkcí
- malnutrice
- neschopnost iniciovat pohyb

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má zachovanou tělesnou pohyblivost na stávající úrovni, alespoň 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient maximálně spolupracuje při aktivitě/cvičení, 5 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient spolupracuje při cvičení, při chůzi, používá kompenzační pomůcky, denně.
- Pacient ujde několik kroků s pomocí za přítomnosti fyzioterapeuta, denně.
- Pacient je spokojen ze své aktivity, denně.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Posuď úroveň soběstačnosti a pohyblivosti dle Barthelové testu základních všedních činností a rizika pádu, všeobecná sestra, 1. a 4. den.
2. Zajisti k lůžku signalizační zařízení, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
3. Zajisti kompenzační pomůcky k lůžku, všeobecná sestra, do 2. dne.
4. Pobízej pacienta při chůzi, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
5. Spolupracuj s fyzioterapeutem a sestav společně plán, aby se střídala chůze s odpočinkem, všeobecná sestra, do 2. dne.
6. Sleduj fyziologické funkce: TK, P, před a po rehabilitaci, a prováděj záznamy do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, 2x denně.
7. Chval pacienta za snahu, všeobecná sestra, denně.

### **Realizace (15. 9. - 19. 9. 2017)**

První den realizace (15. 9. 2017) byla zhodnocena úroveň soběstačnosti a pohyblivosti dle Barthelové testu základních všedních činností, výsledek: 35 bodů, **vysoce závislý**. Vyhodnocení rizika pádu: 11 a více bodů: **značné riziko pádu**. U lůžka bylo zabezpečeno signalizační zařízení a pacientovi vysvětleno, aby použil zvonek na přivolání pomoci. Společně s fyzioterapeutem byl sestaven plán rehabilitace, aby si pacient mohl mezi cvičením a nácvikem chůze odpočinout, bylo mu doporučeno vysoké chodítko, aby byl jistější při chůzi. Pacient byl s plánem seznámen a byl s ním srozuměn. Před rehabilitací byly pacientovi naměřeny hodnoty: TK 100/90 mmHg a P 65'/min, vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Byla zjištěna hypotenze, pacient si na závratě nestěžoval. Pacient s fyzioterapeutem ušel několik kroků s chodítkem, byl sice unavený, ale spolupracoval. Za vynaložené úsilí byl pochválen. Po rehabilitaci byly naměřeny hodnoty: TK 110/82 mmHg a P 72'/min.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) byl pacient unavený, ale rehabilitaci neodmítal. Před rehabilitací byly naměřeny hodnoty: TK 90/62 mmHg, P 60'/min., při vstávání z lůžka potřeboval pacient čas a pomoc další osoby. Pacientovi bylo opětovně nabídnuto chodítko, které při vstávání z lůžka použil. Měl radost, že se mu podařilo postavit se. S fyzioterapeutem ušel čtyři kroky, víc nezvládl a chtěl odpočívat, byl vysílen. Po rehabilitaci byly naměřeny hodnoty: TK 100/72 mmHg a P 62'/min.

Třetí den realizace (17. 9. 2017) pacient rehabilitaci odmítl, protože se necítil dobře, a udával závratě. TK 110/66 mmHg a P 54'/min, zhoršil se třes DK.

Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) dopoledne pacient odpočíval po celkové koupeli, odpoledne si přál rehabilitaci. Byla zhodnocena úroveň soběstačnosti a pohyblivosti dle Barthelové testu základních všedních činností, výsledek: 35 bodů: **vysoce závislý**. Vyhodnocení rizika pádu: 11 a více bodů: **značné riziko pádu**. Fyzioterapeut na pacienta nespěchal. Ten s jeho pomocí ušel osm kroků (třes DK ustoupil), z úspěchu měl velkou radost a byl pochválen. Před rehabilitací byly naměřeny: TK 123/80 mmHg a P 78'/min. Po RHB byl naměřen TK 123/84 mmHg, P 62'/min.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) pacient spolupracoval. Sám si zazvonil na signalizační zařízení, aby přivolal fyzioterapeuta. Byl připraven cvičit dopoledne, cítil se dobře, chůze byla pomalejší, nespěchalo se na něj, takže za dohledu fyzioterapeuta ušel šest kroků s chodítkem. Pacient byl opět pochválen. Před rehabilitací byly naměřeny: TK 125/82 mmHg a P 68'/min. Po rehabilitaci byly naměřeny: TK 120/75 mmHg a P 65'/min.

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl splněn zcela, dlouhodobý cíl pouze částečně. Pacient se pomalými kroky pohyboval po pokoji s chodítkem a za dohledu personálu, spolupracoval, a byl odměňován pochvalou. Během rehabilitace byly sledovány: TK a P pacienta. Vše bylo řádně zapisováno do ošetrovatelské dokumentace.

**Pokračující intervence:** 1., 4., 5., 6., 7.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 2**

### **00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ**

**Doména 4 :** Aktivita/odpočinek

**Třída 5:** Sebepéče

**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:**

- překážky v prostředí
- slabost
- porucha percepce

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má zachovanou sebepéči při koupání na stávající úrovni, alespoň 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient maximálně spolupracuje v sebepéči v koupání na úrovni svých schopností a znalostí po dobu, 5 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient dokáže v rámci svých možností provádět hygienu těla, denně.
- Pacient je spokojen s provedením hygieny horní části těla, denně.
- Pacient má subjektivně dobrý pocit, denně.
- Pacient je čistý a upravený, denně.
- Pacient má čistou, neporušenou kůži, denně.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Posuď úroveň sebeděče při provádění hygieny dle Barthelové testu základních všedních činností, všeobecná sestra, 1 den.
2. Podpoř pacienta při výkonu hygieny, všeobecná sestra, pečovatel, vždy.
3. Zajisti bezpečné prostředí a pomůcky k hygieně, všeobecná sestra, pečovatel, před provedení hygieny.
4. Umožni dostatek času na provedení hygieny, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
5. Zajisti soukromí pacienta, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
6. Prováděj záznamy do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, denně.

### **Realizace (15. 9. - 19. 9. 2017)**

První den realizace (15. 9. 2017) byla stanovena úroveň sebeděče dle Barthelové testu základních všedních činností. Výsledek: 35 bodů: **vysoce závislý**. S pacientem bylo domluveno, že by rád prováděl základní hygienickou péči každé ráno před snídaní. V úterý a ve čtvrtek v dopoledních hodinách by proběhly celkové koupele. V koupelně byly zabezpečeny potřebné pomůcky k hygieně. Pacientovi bylo umožněno (s dopomocí), přesednout si do vozíku, chůzi do koupelny by nezvládl. Na pacienta se nespěchalo, byl mu dopřán dostatek času na provedení základní hygieny a zabezpečeno soukromí. Sám si vyčistil zuby, potřeboval pomoc při vymáčknutí pasty na zubní kartáček, umyl si obličej, a sám se utřel do ručníku. Samostatně učesat vlasy si nezvládl, bylo mu pomůženo. Pacient byl spokojen, že základní péči o svou osobu zvládl. Za projevenou aktivitu byl pochválen, a o jeho aktivitě byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) odpoledne byla provedena u pacienta celková koupel, s níž souhlasil. V koupelně bylo zajištěno soukromí pacienta a potřeby na provedení očisty. Pacient potřeboval dopomoc personálu při svlékání, zvládl si umýt pouze obličej, u ostatních úkonů byla nutná dopomoc personálu. Po koupeli si samostatně osušil obličej, ruce a stehna. Na pacienta se nespěchalo a za veškerou aktivitu byl pochválen. Po koupeli byl pacient vysílen, chtěl odpočívat a spát, takže byl uložen na lůžko. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.



Třetí den realizace (17. 9. 2017) pacient základní hygienickou péči v koupelně odmítl, protože se necítil dobře a stěžoval se na závratě, zhoršil se třes HK, byl slabý. Po domluvě s ním bylo k lůžku přineseno umyvadlo, a pacient si sám vyčistil zuby a umyl obličej. Pro tuto aktivitu mu byl dopřán dostatečný časový prostor. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.

Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) dopoledne byla provedena celková koupel. Pacientovi byly zabezpečeny hygienické pomůcky a soukromí v koupelně. Snažil se umýt se sám, umyl si obličej, ruce, stehna a břicho. Byl edukován ohledně zavedení epicystostomie, aby dodržoval bezpečnost při mytí břicha. Po koupeli se snažil utřít se ručníkem, utřel si pouze obličej, ruce a stehna a u ostatních částí těla byla nutná dopomoc personálu. Následně bylo celé tělo pacienta promazáno tělovým mlékem a pacient byl za součinnost pochválen. Chtěl odpočívat, takže byl uložen na lůžko. Byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) pacient spolupracoval. Ráno byl vysazen s pomocí fyzioterapeuta do vozíku, doprovázen do koupelny, kde si sám provedl základní hygienickou péči. Byl spokojen a těšil se na rehabilitaci. Provedl se záznam do příslušné dokumentace.

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý cíl byl splněn pouze částečně. Pacient spolupracuje při základní hygienické péči v rámci svých stávajících znalostí a dovedností. Pacient má subjektivně dobrý pocit, je čistý a upravený.

**Pokračují intervence:** 1., 2., 3., 4., 5., 6.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 3

### 00102 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI STRAVOVÁNÍ

**Doména 4 :** Aktivita/odpočinek

**Třída 5:** Sebepéče

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

**Určující znaky:**

- zhoršená schopnost dopravit jídlo k ústům
- zhoršená schopnost dostat jídlo na příbor
- zhoršená schopnost otevírat nádoby, /obaly/, plastové misky
- zhoršená schopnost uchopit hrnek nebo sklenici
- zhoršená schopnost polykat jídlo
- zhoršená schopnost používat pomocná zařízení/pomůcky

**Související faktory:**

- alterace kognitivních funkcí
- překážky v prostředí
- únava
- poruchy percepce
- slabost

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má zachovanou sebepéče při stravování na stávající úrovni, alespoň 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient maximálně spolupracuje v sebepěči při stravování na úrovni svých schopností a znalostí, do 5 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient se dokáže v rámci svých možností najíst sám, denně.
- Pacient je spokojen, je soběstačný při stravování, denně.
- Pacient má subjektivně dobrý pocit, denně.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Posuď úroveň soběstačnosti při stravování dle Barthelové testu základních všedních činností, MNA, všeobecná sestra, 1. den.
2. Vypracuj ošetrovatelský plán, který bude korelovat s denním režimem pacienta, všeobecná sestra, 1. den.
3. Zajisti k lůžku signalizační zařízení, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
4. Uprav vhodnou polohu ke stravování, všeobecná sestra, pečovatel, 5x denně.
5. Zajisti asistenční pomůcky ke stravování, všeobecná sestra, ergoterapeut, 5x denně.
6. Nespěchej na pacienta u jídla, dopřej mu dostatek času, všeobecná sestra, pečovatel, 5x denně.
7. Prováděj záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, denně.

### **Realizace (15. 9. - 19. 9. 2017)**

První den (15. 9. 2017) realizace byla stanovena úroveň sebezpečí dle Barthelové testu základních všedních činností. Výsledek: 35 bodů: **vysoce závislý**, a MNA: výsledek 0 - 7 bodů: **podvyživený**. Spolu s pacientem byl vytvořen plán stravování, tak, aby nezasahoval do jeho denních aktivit. Měl přání jíst na pokoji, jen zřídka byl doprovázen do jídelny. K lůžku pacienta bylo zabezpečeno signalizační zařízení. Při každém jídle byla zvolena vhodná poloha lůžka. Před, a po každém jídle byla provedena hygiena rukou. Po domluvě s ergoterapeutem byly zabezpečeny asistenční pomůcky ke stravování - ergonomická lžice a hrnek. Pacient byl seznámen s pomůckami, které ihned využil. Snídal chléb s máslem, šunkou a meltu. Po snídani požadoval švestkový kompot, který jedl každý den, aby se lépe vyprazdňoval. K dopolední svačině měl oloupanou mandarinku. Oběd byl pacientovi přinesen v termoboxu a byl respektován jeho zvyk nejdříve jíst druhý chod a potom polévku. K obědu byly houskové knedlíky s koprovou omáčkou a mletým hovězím masem. Odpolední svačinu odmítl. K večeři byl párek s houskou, kterou si přál vyměnit za chleba, v čemž mu bylo vyhověno. Počas celého týdne mu byl nabízen Nutridrink. Všechna jídla byla podávána půl hodiny po užití léku Nakom 275 mg. Před každou snídaní byla podána Lactulosa 5 ml. Byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) byl pacient unavený. Snídaně proběhla stejně jako předešlý den, pacient byl spokojen. Ke svačině mu přinesla rodina jahodový koláč, na kterém si moc pochutnal. K obědu byl mletý kuřecí řízek s bramborou kaší. K odpolední svačině měl pacient jablkovou přesnídávku, k večeři dostal gulášovou polévku. Celou porci polévky, podle svého přání, snědl na posteli se spuštěnými DK, poté vypil sklenici piva. Na pacienta se nespěchalo. Dostupnost signalizačního zařízení byla zkontrolována. Byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

Třetí den realizace (17. 9. 2017) se pacient necítil dobře, pociťoval závratě. Ke snídani vypil hrnek kávy a snědl jeden nakrájený kus smaženky. Po snídani požadoval švestkový kompot, dopolední svačinu odmítl. Oběd si přál až ve 13 hodin, v čemž mu bylo vyhověno. K obědu měl buchtu s povídky, které s radostí snědl a zapíjel je mlékem. Odpolední svačinu odmítl. K večeři pojedl šunkovou pomazánku a nakrájený chléb a zapil to čajem s medem, který mu přinesla dcera, na který měl chuť. Byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) měl pacient dobrou náladu. Ke snídani byla míchaná vejce s chlebem a melta. Po snídani snědl tři kousky kompotovaných švestek. K dopolední svačině bylo kiwi, které pacient nechtěl, ale snědl sušenky, které mu přinesla vnučka. K obědu byl servírován mletý moravský vrabec s rýží, pacient ho zkonsumoval u jídelního stolu na pokoji, jak si přál. Poobědval s chutí a vypil sklenici piva. Poté pacient odpočíval. Posvačil meruňkovou bublaninu, kterou mu přinesla odpoledne dcera, a vypil černou kávu, kterou mu připravila. Projevoval spokojenost. Povečeřel šunku a chléb s máslem, zapil to pivem, jak si přál. Opět byl velmi spokojen. Byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) měl pacient dobrou náladu, chtěl posnídat po ranní hygieně u jídelního stolu, kam si s pomocí fyzioterapeuta přesedl. Snědl podanou koblihu, kterou zapil kakaem. Dopoledne pojedl švestkový kompot. Poobědvat chtěl v jídelně, kam byl doprovázen. Polévku odmítl, na guláši s houskovým knedlíkem si pochutnal. Po obědě pacient odpočíval, odpolední svačinu odmítl. Večeři, skládající se s klobásy s hořčicí a chlebu snědl a zapil sklenicí piva. Byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně. Pacient má zachovanou sebekéči při stravování na stávající úrovni, spolupracuje v sebekéči při stravování na úrovni svých schopností a znalostí.

**Pokračují intervence:** 1., 3., 4., 5., 6., 8., 9.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 4

### 00110 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ

**Doména 4 :** Aktivita/odpočinek

**Třída 5:** Sebepéče

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

**Určující znaky:**

- zhoršená schopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu
- zhoršená schopnost spláchnout toaletu
- zhoršená schopnost manipulovat s oblečením za účelem vyprazdňování
- zhoršená schopnost přemístit se na toaletu
- zhoršená schopnost vstát z toalety

**Související faktory**

- alterace kognitivních funkcí
- překážky v prostředí
- únava
- zhoršená schopnost přemísťovat se
- slabost
- poruchy percepce
- zhoršená mobilita

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má zachovanou sebepéči při vyprazdňování na stávající úrovni, alespoň 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient maximálně spolupracuje v sebepéči při vyprazdňování na úrovni svých schopností a znalostí, 5 dní.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient má frekvenci stolice alespoň, 3x týdně.
- Pacient nemá potíže s tlakem na konečník, denně.

- Pacient má subjektivně dobrý pocit, denně.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Posuď úroveň soběstačnosti při stravování dle Barthelové testu základních všedních činností, všeobecná sestra, v 1. den.
2. Zajisti soukromí a bezpečnost pacienta při vyprazdňování, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
3. Zajisti k lůžku signalizační zařízení, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
4. Podávej medikaci dle ordinace lékaře (Lactulosu), všeobecná sestra, 1x denně.
5. Poskytni čisté prádlo po vyprázdnění, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
6. Udržuj pacientovu hydrataci, všeobecná sestra, pečovatel, po celý den.
7. Sleduj frekvenci a formu stolice při vyprázdnění, všeobecná sestra, denně.
8. Prováděj záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, denně.

#### **Realizace (15. 9. - 19. 9. 2017)**

První den realizace (15. 9. 2017) byla stanovena úroveň sebezpečí dle Barthelové testu základních všedních činností. Výsledek: 35 bodů: **vysoce závislý**. Pacientovi byla každé ráno před snídaní podána Lactulosa 5 ml, bylo dbáno, aby průběžně pil. Pacient byl edukován, aby si v případě nutkání na stolici zazvonil. Bylo poučeno, že nesmí násilně tlačit na konečník. První den na stolici nebyl.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) před snídaní byla podána pacientovi Lactulosa 5 ml, po snídaní snědl šest kompotovaných švestek. Odpoledne měl pacient nutkání na stolici a sám si zazvonil, s požadavkem, aby byl vysazen na WC křeslo, což se s pomocí fyzioterapeuta stalo. Pacientovi byl poskytnut dostatek času a soukromí, aby se mohl vyprázdnit. To se mu podařilo, stolice byla tuhá, hnědé barvy. Poté byl celkově vykoupán za veškeré pomoci personálu. Bylo přestláno a dezinfikováno lůžko, a protože byl po popsanych úkonech vysílen, byl uložen k odpočinku.

Třetí den realizace (17. 9. 2017) se pacient necítil dobře, pociťoval závratě. Před snídaní dostal Lactulosu 5 ml a snědl, jak si přál šest švestek. Byl dostatečně hydratován. Přestože mu bylo k lůžku přivezeno WC křeslo, pocit na vyprazdňování negoval. Všeobecná sestra provedla záznam do příslušné dokumentace.

Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) měl pacient dobrou náladu. Sám si zazvonil před snídaní, požadoval Lactulosu a tři švestky, oboje dostal. Dopoledne byl celkově vykoupán za pomoci personálu. Následně se i vyprázdnil, stolice byla zácpovitá, hnědé barvy. Na pacienta se nespěchalo. Po celkové koupeli a vyprázdnění byl pacient uložen na lůžko, kde odpočíval. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) probíhal jako předešlé dny, tzn., pacientovi byla podána Lactulosa dle ordinace lékaře, vzal si švestky, sledoval pocit nutkání na stolici, avšak nevyprázdnil se. Byla zabezpečena jeho dostatečná hydratace. Všeobecná sestra provedla záznam do příslušné dokumentace.

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl splněn, pacient spolupracoval při vyprazdňování na úrovni svých schopností. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, pacient má zachovanou sebekpěči při vyprazdňování na stávající úrovni, přetrvávají ošetrovatelské intervence.

**Pokračují intervence:** 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8.



## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 5**

### **00131 ZHORŠENÁ PAMĚŤ**

**Doména 4 :** Percepce/kognice

**Třída 5:** Kognice

**Definice:** *Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit si informace či behaviorální dovednosti.*

**Určující znaky:**

- zapomnětlivost
- neschopnost provést naučenou dovednost
- neschopnost vzpomenout si, zda určitá činnost byla provedena

**Související faktory:**

- nerovnováha tekutin
- neurologické poškození

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má zachovanou schopnost pamatování na stávající úrovni, alespoň, 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient maximálně spolupracuje v tréninku paměti na úrovni svých znalostí, 5 dní.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient si uvědomuje problémy s pamětí, denně.
- Pacient zná příčiny poruchy paměti, denně.
- Pacient akceptuje omezení v důsledku nemoci, denně.

**Ošetřovatelské intervence:**

1. Zhodnot' stupeň poruchy kognice Jednotnou škálou zhodnocení Parkinsonovy nemoci, všeobecná sestra, do 1 dne.
2. Posiluj paměť pacienta pomocí používání kalendáře a zápisků, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
3. Povzbuzuj pacienta k vyjádření pocitů, všeobecná sestra, pečovatel, denně.

4. Podporuj pacienta v oblastech, v nichž je úspěšný, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
5. Zajisti, aby si pacient dostatečně odpočinul, všeobecná sestra, pečovatel, denně.
6. Prováděj záznamy do příslušné dokumentace, všeobecná setra, denně.

#### **Realizace (15. 9. - 19. 9. 2017)**

První den realizace (15. 9. 2017) byly zhodnoceny paměťově schopnosti pacienta podle Jednotné škály pro PN (konkrétně viz I, 1/1, 2/2 ,3/1, 4/1) s výsledkem 5 bodů (viz příloha I). S pacientem byl domluven plán cvičení paměti tak, aby nezasahoval do jeho odpočinku, a bylo mu nabídnuto používání kalendáře na zapisování poznámek (s cílem trénovat jeho paměť), s čímž byl spokojen. Odpoledne měl chuť zahrát si stolní hru Scrabbles, což se uskutečnilo za pomoci personálu. Pacient vyhrál, z výhry měl velkou radost a zapsal si jí do kalendáře. V průběhu hry se pacientovi poněkud třásly HK, verbální komunikace s ním byla na úrovni odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Po hře chtěl odpočívat, což bylo respektováno. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) trénoval pacient paměť až odpoledne, neboť dopoledne byl po ošetření na urologické ambulanci, unaven. Požadoval čisté papírky na zapisování svých denních aktivit, což bylo kvitované pochvalou. Pacient si zapsal vyšetření, rehabilitaci, celkovou koupel, přičemž jeho písmo bylo nerovnoměrné a ke konci řádku se zmenšovalo. Všeobecná sestra provedla záznam do příslušné dokumentace.

Třetí den realizace (17. 9. 2017) se pacient necítil dobře, pociťoval závratě. Trénink paměti odmítal, sledoval televizi a odpočíval.

Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) navštívila pacienta dcera i vnučka. Společně s dcerou hráli Scrabbles. Pacient znovu vyhrál, což si zapsal do kalendáře. Byl s návštěvou dcery a vnučky velmi spokojen. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) byl pacientovi s jeho souhlasem z internetu přečten článek od MUDr. Klempíře, týkající se léčby Intraduodenální duodopou. Pacienta to velmi ho to zaujalo, dokonce si prováděl zápisky na papírky. Po skončení této aktivity začal sledovat televizi. Všeobecná sestra provedla záznam do příslušné dokumentace.

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl splněn, pacient spolupracoval v tréninku paměti podle jeho možností. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, a je nutné v intervencích pokračovat.

**Pokračují intervence:** 2., 3., 4., 5., 6.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 6

### 00044 NARUŠENA INTEGRITA TKÁNĚ

**Doména 11 :** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Definice:** *Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.*

**Určující znaky:**

- poškozená tkáň

**Související faktory:**

- nevyvážená výživa /malnutrice/
- zhoršená mobilita
- mechanické faktory
- nedostatečné znalosti o ochraně integrity tkání

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientův defekt na hýždích zůstává nezměněn, nebo se zlepšuje, alespoň, 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient maximálně spolupracuje při ošetřování dekubitu na hýždích a polohování, 5 dní.

**Očekávané výsledky:**

- U pacienta nedojde ke vzniku infekce, denně.
- Stupeň dekubitu se nezhorší, denně.
- U pacienta nevznikne další defekt, denně.
- Pacient porozumí důležitosti polohování a bude polohování akceptovat, denně.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Posuď porušení integrity tkáně stupnice rizika vzniku dekubitu, všeobecná sestra, 1 den.
2. Zajisti mobilizaci pacienta - polohování, všeobecná sestra, pečovatel, 5x denně, každé 3 hodiny v noci.

3. Proved' péči o dekubitus na hýždích, všeobecná sestra, 1x denně.
4. Postupuj při péči o ránu asepticky, všeobecná sestra, 1x denně.
5. Udržuj čisté a napnuté prostěradlo, a dbej na celkovou údržbu lůžka, všeobecná sestra, pečovatel, 5x denně.
6. Proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, denně.

### **Realizace (15. 9. - 19. 9. 2017)**

První den realizace (15. 9. 2017) byla zhodnocena škála rizika dekubitu s výsledkem: 13 bodů - **středné riziko**. S pacientem byl domluven plán ošetřování dekubitu na hýždích tak, aby nezasahoval do jeho odpočinku. Při denním ošetřování dekubitu bylo postupováno dle ordinace lékaře tak, že na místě porušené integrity byl proveden oplach Prontosanem a byli aplikovány Lomatuell, Betadine roztok a sterilní krytí. Veškeré převazy byly provedeny asepticky dle ošetrovatelských standardů. Pacient při převazech spolupracoval, otáčel se na bok do vhodné polohy. Bylo zajištěno, aby lůžko bylo vždy upravené a čisté. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) odpoledne byl opětovně proveden převaz hýždí způsobem shora popsáním, za aktivní spolupráci s pacienta. Ten byl, již opakovaně poučen, že musí měnit polohy těla na lůžku. Prevaz byl proveden asepticky dle ošetrovatelských standardů. O každém převazu byl proveden důkladný záznam do ošetrovatelské dokumentace.

Třetí den realizace (17. 9. 2017) se pacient necítil dobře, stěžoval si na závratě. Byl u něj naměřen: TK 110/66 mmHg a P 54'/min, a bylo pozorováno zhoršení třesu DK. Prevaz dekubitu byl proveden odpoledne, za dodržení všech postupů, výše popsáných. Lůžko bylo vždy upravené a čisté. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.

Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) měl pacient dobrou náladu. Po celkové koupeli proběhly převaz dle ordinace lékaře. Pacient při polohování spolupracoval, opět za spolupráce pacienta. Úprava lůžka při změně polohy byla provedena. Byl proveden záznam do příslušné dokumentace.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) bylo provedeno ošetření dekubitu odpoledne, za dodržení všech postupů, výše popsanych. Pacient po výkonech odpočíval, při polohování spolupracoval. Při změně polohy byla provedena úprava lůžka. Všeobecná sestra provedla záznam do příslušné dokumentace. Před výkonem byla provedena fotodokumentace (příloha G).

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl zcela splněn. Pacient dodržoval hygienické návyky a účinně spolupracoval jak při ošetřování defektů, tak i při polohování. Dlouhodobý cíl byl splněn, neboť po dobu sledování se tento defekt nezhoršil, ale ani nezlepšil, zůstal ve stejném rozsahu jako před realizací.

**Pokračují intervence:** 1., 2., 3., 4., 5., 6.

## **POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:**

### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 7**

#### **00004 RIZIKO INFEKCE**

**Doména 11 :** Bezpečnost/ochrana

**Třída 1:** Infekce

**Definice:** *Náchylnost k napadení a množení se patogenních organizmů, což může vést k oslabení zdraví.*

**Určující znaky:**

- malnutrice
- chronické onemocnění
- invazivní vstupy /epicystostomie/

**Nedostatečná primární ochrana:**

- změna integrity kůže

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má vstup epicystostomie do podbřišku bez známek infekce, alespoň, 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient maximálně spolupracuje při ošetřování invazivního vstupu, do 5 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient chápe v rámci svých možností důvod zavedení epicystostomie, denně.
- Pacient chápe v rámci svých možností individuální rizikové faktory, denně.
- Pacient chápe v rámci svých možností, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku, denně.
- U pacienta se neprojeví známky infekce, denně.
- Pacient nemá zvýšenou TT, denně.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Sleduj projevy infekce v místech zavedení invazivních vstupů a míst s porušenou kůží, denně, všeobecná sestra, denně.
2. Dodržuj hygienické režimy při převazech invazivních vstupů a míst s porušenou kůží, všeobecná sestra, denně.
3. Dodržuj aseptické postupy při převazech invazivních vstupů a míst s porušenou kůží, všeobecná sestra, denně.
4. Sleduj fyziologické funkce, 1x denně je zapisuj do ošetrovatelské dokumentace, v případě výrazné změny okamžitě informuj lékaře, všeobecná sestra, denně.
5. Kontroluj vzhled, zápach a množství moči, všeobecná sestra, denně.
6. Zajisti spolupráci s pacientem, všeobecná sestra, denně.
7. Prováděj důkladný záznam do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, denně.

### **Realizace (15. 9. - 19. 9. 2017)**

První den realizace (15. 9. 2017) byly s pacientem naplánované ošetrovatelské úkony, aby nezasahovaly do jeho odpočinku. Byl obeznámen s postupem ošetřování vstupu do podbřišku. Ten byl převazován 1x denně, vždy asepticky, pomocí Betadine roztoku. Na překrytí vstupu byl použit sterilní tampon, fixovaný Omnifixem. Při ošetřování bylo zjištěno, že okolí vstupu bylo zarudlé, bez sekrece (viz. příloha G). O každém převazu byl proveden důkladný záznam do ošetrovatelské dokumentace, kde bylo hodnoceno okolí zavedení epicystostomie.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) dopoledne byl pacient na výměně močového katétru na urologické ambulanci ve Tomayerove nemocnici u svého urologa. Převaz vstupu do podbřišku byl proveden na tamní ambulanci.

Třetí den realizace (17. 9. 2017) se pacient necítil se dobře, stěžoval si na závratě. TK 110/66 mmHg a P 54'/min, zhoršil se třes DK. Odpoledne byl proveden, jak převaz hýždí, tak i vstup do podbřišku. Opět bylo konstatováno, že okolí vstupu zůstává ve stejném stavu, jak v předešlých dnech.



Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) měl pacient dobrou náladu. Po celkové koupeli proběhly veškeré převazy dle ordinace lékaře. Okolí vstupu zůstávalo zarudlé, bez sekrece. O každém převazu byl proveden důkladný záznam do ošetřovatelské dokumentace, kde jsme hodnotili okolí zavedení, průchodnost močového katétru, barvu a množství moči. Při převazu jsme použili Betadine roztok, na překrytí vstupu sterilní tampon, který jsme fixovali Omnifixem. Byl sledován P + V tekutin/12 hodin. Pacient spolupracoval.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) bylo s pacientem domluveno ošetření defektů na odpoledne. Vše proběhlo dle ordinace lékaře. Pacient po výkonech odpočíval. Všeobecná sestra provedla záznam do příslušné dokumentace. Před výkonem byla provedena fotodokumentace (příloha G).

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl splněn částečně, pacient maximálně spolupracoval při ošetřování invazivního vstupu do podbřišku. Pacient aktivně dodržoval hygienické návyky. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, v místě invazivního vstupu do podbřišku přetrvávaly příznaky infekce.

**Pokračují intervence:** 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.

## OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 8

### 00155 RIZIKO PÁDU

**Doména 11 :** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Definice:** *Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.*

**Určující znaky:**

**Dospělí:**

- věk vyšší 65 let
- pády v anamnéze
- používání pomůcek (např. chodítka, vozík)

**Kognitivní:**

- alterace kognitivních funkcí

**Fyziologické:**

- problémy s dolními končetinami
- oslabení dolních končetin
- potíže s chůzí
- porušena rovnováha
- zhoršena mobilita

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient má zachovanou prostorovou orientaci a bezpečnost jeho prostředí je zachována, 1 měsíc.

**Cíl krátkodobý:** Pacient je bez pádů, 5 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- U pacienta nedojde k pádu, denně.
- Pacient umí dobře používat kompenzační pomůcky, denně.
- Pacient používá signalizační zařízení při potřebě, denně.

- Prostředí v okolí pacienta je bezpečné, denně.

#### **Ošetřovatelské intervence:**

1. Zhodnot' riziko pádu, dle příslušné škály, všeobecná sestra, do 1 dne.
2. Posud' všechny rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádu, všeobecná sestra, do 1 dne.
3. Sleduj emoční odpověď pacienta na problémy s pohyblivostí, všeobecná sestra, do 1 dne.
4. Zjistí, zda si pacient uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření ke snížení rizika pádu, všeobecná sestra, do 1 dne.
5. Všímej si správnosti používání kompenzačních pomůcek, všeobecná sestra, fyzioterapeut, do 1 dne.
6. Zkontroluj obuv pacienta, všeobecná sestra, fyzioterapeut, do 1 dne.
7. Dbej na bezpečnost pacienta a prevenci pádu, všeobecná sestra, fyzioterapeut, do 1 dne.
8. Prováděj záznamy do příslušné dokumentace, všeobecná sestra, denně.

, což podle zmíněné přílohy představuje **značné riziko pádu**. K lůžku bylo připraveno signalizační zařízení. S pacientem bylo domluveno, aby si zazvonil, kdyby chtěl rehabilitovat nebo vstát z lůžka. Pacient si značné riziko pádu uvědomoval, a ve všem spolupracoval.

Druhý den realizace (16. 9. 2017) byl pacient na ošetření na urologické ambulanci, poté byl značně unavený. K lůžku bylo připraveno signalizační zařízení. Byl sledován jeho psychický stav, pacient byl unavený po vyšetření. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.

Třetí den realizace (17. 9. 2017) se pacient necítil dobře, stěžoval si na závratě. TK 110/66 mmHg a P 54'/min, zhoršil se třes jeho DK. Pacient z lůžka vstávat nechtěl, neměl nato ani sílu. K lůžku bylo připraveno signalizační zařízení.

Čtvrtý den realizace (18. 9. 2017) měl pacient dobrou náladu. Pacient byl edukován, aby si zazvonil při vstávání z lůžka. Před veškerými aktivitami, včetně rehabilitace byla zkontrolována podlaha, obuv pacienta a kompenzační pomůcky. K lůžku bylo připraveno signalizační zařízení.

Pátý den realizace (19. 9. 2017) bylo prověřeno, zda pacient umí řádně ovládat signalizační zařízení, s kladným výsledkem. Před rehabilitací byla zkontrolována podlaha, obuv, kompenzační pomůcky a pacientův psychický stav. Vše bylo zaznamenáno do příslušné dokumentace.

**Hodnocení:** Krátkodobý cíl byl splněn, pacient byl bez pádu. V dlouhodobém cíli je potřeba pokračovat v začatých intervencích, aby byla zachována jeho bezpečnost. Pacient se má zachovánu orientaci v prostoru.

**Pokračují intervence:**1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8.

## **ZÁVĚR KAZUISTIKY - ZHODNOCENÍ PÉČE**

Pacient byl umístěn v DPS na dlouhodobý pobyt pro zhoršení zdravotního stavu, zejména pro ztrátu soběstačnosti, poruchou mobility a kognitivních funkcí. V rámci lékařské a ošetrovatelské péče se stav pacienta mírně zlepšil. Rodina byla lékařem obeznámena se zdravotním stavem pacienta., spolupracovala i s ošetřující personálem. S pacientem se podařil navázat blízký vztah. Často působil neklidně, ale přizpůsoboval se ošetrovatelské péči. Snažil se spolupracovat v běžných aktivitách, jako je hygiena, stravování a pohyb. Z důvodu pokročilého stádia nemoci však problémy přetrvávají, takže v některých intervencích se musí nadále pokračovat. Je potřeba ještě intenzivnější péče o nemocného, včetně podpory ze strany rodiny. Nemocný potřebuje dostatek času, trpělivosti a porozumění. V daném stádiu nemoci se nebude zdravotní stav zlepšovat, ale se může nějaký čas udržet na stávající úrovni. Z pohledu ošetrovatelského personálu a rodinných příslušníků je péče kvalitní a efektivní. Kazuistika ošetrovatelské péče probíhala dle plánu péče formou obecné ošetrovatelské dokumentace. Hodnocení péče bylo provedeno po 5 - ti dnech realizace. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, očekávané výsledky a intervence. Efekt péče byl částečný, dílčí očekávané výsledky byly splněny, ve vybraných ošetrovatelských intervencích se bude nadále pokračovat.

## ZÁVĚR

Téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala proto, že toto onemocnění se vyskytuje ve společnosti čím dál tím více a laická veřejnost ještě není s touto nemocí plně seznámena. Dalším důvodem, proč mě tato tematika zaujala, byl ten, že na svém pracovišti přicházím do každodenního pracovního styku i s takto nemocnými.

K dané problematice by bylo možno určitě ještě mnohé dodat, ale pro splnění cílu vytýčených pro tuto práci, a konečně i v důsledku požadovaného jejího maximálního rozsahu, mám za to, že moje práce poskytuje v dostatečné míře přehled o celkové problematice nemocných s PN. Pro tuto práci jsem si stanovila dva cíle: obeznámit čtenáře s Parkinsonovou nemocí a s ošetrovatelskou problematikou, životem pacienta v pokročilém stadiu PN a specifiky ošetrovatelské péče v sociální sféře.

Z teoretické části práce je zřejmé, o jak závažnou chorobu se jedná, jaké jsou její projevy a stádia. Jsou v ní popsány dostupné léčebné možnosti, možnosti sociální i hmotně péče apod. Praktická část popisuje využití teorie v každodenním kontaktu s pacientem v rámci ošetrovatelského procesu formou obecné ošetrovatelské dokumentace určením ošetrovatelských diagnóz a jejich realizací (rehabilitace, aktivizace, nácvik sebezpečí pacienta a ošetřování narušené integrity tkáně a dalších).

Zdůraznit bych chtěla nezastupitelnou roli ošetrovatelského personálu, či pečovatelů v přístupu k pacientům s PN, která má působit také k tomu, aby byla zachována jejich lidská důstojnost, a to ve všech stádiích nemoci.

Při péči o takto nemocné je třeba nejen jim dodávat optimismus a sílu, ale totéž poskytovat všem, kdo o ně pečují, a to s využitím velké trpělivosti. Snažila jsem se vystihnout i skutečnost, jak důležitým přínosem pro zdárnou léčbu takových pacientů může přispět jejich rodina a blízké okolí.

Sestry by přivítaly větší zájem rodinných příslušníků o zapojení se do péče o seniory, například formou častějších návštěv v domově. Osobně mám zkušenost s takto zajímavými se rodinnými příslušníky a vážím si těch, kteří s námi spolupracují. Mezi problémy sestry řadí absenci odborného vzdělání pracovníků v sociální péči, nedostatečné personální pokrytí a z toho vyplývající časový tlak při poskytování ošetrovatelské péče, nadměrnou administrativu a velkou zodpovědnost sestry, spojovanou zejména v době nepřítomností lékaře. V domovech se klade větší důraz na sociální stránku, přestože se sociální a zdravotní stránka při péči o seniory nedá oddělit.

Na závěr bych chtěla uvést, že jsem se získáváním poznatků pro tuto práci velmi obohatila i osobně a rozhodně jsem ještě lépe pochopila, jak mohu nejen svým profesionálním, ale i lidským přístupem k pacientům postiženým PN zkvalitnit svoji práci a získaných poznatků využít při ošetřování ostatních pacientů.

Je mým osobním přáním, aby současná úroveň vědy (např. farmacie) pokročila natolik, aby pacientům s PN mohla poskytnout zásadnější pomoc, než je tomu doposud.

### **Doporučení pro praxi při ošetřování s pacientem s PN pro sestry:**

- předpokládat normální inteligenci pacienta
- nevyhýbat se komunikaci
- dodržovat vždy úctu k nemocnému, nikdy nesmí dojít k ponížení, necitlivému chování či snižování osobnosti pacienta, a to ani v neverbální komunikaci (chladný odstup, kamenná tvář, citová neúčast, odvrácení pohledu)
- dodržovat požadavek empatie
- komunikovat ve stejné zrakové úrovni
- nevyhýbat se očnímu kontaktu
- správně oslovovat, nepoužívat zdrobněliny, ani nelitující komunikaci, kterou postižení chápou jako ponižující
- věnovat komunikaci dostatek času
- ponechat pacientovi dostatek času pro vyjádření
- nepřerušovat pacienta a neskákat mu do řeči
- nabídnout pacientovi pomoc, ale nevnucovat se
- porozumění verbálnímu, ale i neverbálnímu projevu pacienta
- důsledně popisovat všechny prováděné výkony a činnosti
- zajistit si svou komunikací a přístupem důvěru pacienta.

### **Doporučení pro praxi při ošetřování s pacientem s PN pro rodinu:**

- zapojovat se s nemocným do běžných aktivit
- věnovat mu dostatek času na jeho aktivity
- nepodceňovat závažnost potřeby pomoci
- povzbuzovat svého blízkého
- spolupracovat s ošetřujícím personálem

### **Doporučení pro praxi při ošetřování s pacientem s PN pro veřejnost:**

- neodsuzovat nemocné
- pomoc při komunikaci
- ponechat dostatek času nemocnému při vyjadřování
- neponižovat nemocné
- vytvořit dostatek informací o nemoci.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Zdeněk. 2011. *Základy neurologie*: Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-707-3.
- AMBLER, Zdeněk, Josef, BEDNAŘÍK, Evžen, RŮŽIČKA., 2008. *Klinická neurologie*. Vyd. 2. Praha: Triton. ISBN 9788073871574.
- BALÁŽ, Marek. *Péče o pacienta s pokročilou Parkinsonovou nemocí z pohledu lékaře.*, [online]. Brno [cit. 2017-12-16]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/033/003503.pdf/>.
- BEDNARIK, Jan, *Klinická neurologie.*, 2010 1. vydání, Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-389-9.
- BENETIN, Ján, František CIBULČÍK, Peter TURČÁNI a kol. 2014. *Ako žiť s Parkinsonovou chorobou: informácie pre pacientov a ich blízkých*. Bratislava: Zuzana Čičelová. ISBN 978-80-89434-23-7.
- BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA. 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0155-7.
- BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOLEJŠOVÁ, Lenka, 2014. *Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí* [online]. Praha [cit. 2017-12-25]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 3. lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/146153/>.
- DOSTÁL, Václav a Ema CHVÍSTKOVÁ. 2010. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2362-7.
- EPDA, 2017. *O nás* [online]. [cit. 2018-2-11]. Dostupné z: <http://www.epda.eu.com/about-us/who-we-are/>.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HRABICA, Miroslav, 2007. *Co nám tělo říká, aneb, Po stopách nemocí*. Vyd. 2., (dopl.). Otrokovice. ISBN 978-80-902322-7-3.

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

KLEMPÍŘ, Jiří. 2017. *Duodopa – základní informace o léčbě Parkinsonovy nemoci* [online]. Praha [cit. 2017-12-16]. Článek. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/odborne/clanky-odborne/duodopa-mudr-klempir/>.

KRÁLOVÁ, Hana. 2012. *Parkinsonova nemoc - ošetrovatelská problematika pokročilého stádia* [online]. Pardubice [cit. 2017-12-16]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: [http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/46440/3/KralovaH\\_ParkinsonovaNemoc\\_VD\\_2012.pdf/](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/46440/3/KralovaH_ParkinsonovaNemoc_VD_2012.pdf/).

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.

PARKINSONOVA CHOROBA, NEMOC. 2008-2017., [online]. [cit. 2017-12-16]. Dostupné z: <http://parkinsonova-choroba-nemoc.nasclovek.cz/>.

PATARÁK, Michal. 2014. *Psychóza spojená s Parkinsonovou chorobou. Česká a slovenská psychiatrie*. 110(4), 210-214. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_4\\_210\\_214.pdf/](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_4_210_214.pdf/).

ROKYTA, Richard. 2016. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání (první vydání v nakladatelství Galén). Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-238-1.

ROTH, J. a kol. 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-178-3.

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

SCHAENZLER, Nicole a Ulf RIKER. 2014. *Malý lékařský lexikon*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2473-1.

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*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2321-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

SVOBODOVÁ, Pavlína. 2014. *Ošetrovatelská péče o klienta s Parkinsonovou chorobou* [online]. České Budějovice [cit. 2017-12-16]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/10bkqo/>.

TÓTHOVÁ, Valérie. 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 9788073877859.

URGOŠÍK, Dušan. 2007. *Parkinsonova choroba – příčiny, projevy a možnosti léčby*. [online]. Praha [cit. 2018-1-28]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/parkinsonova-choroba-priciny-projevy-a-moznosti-lecby-329826/>.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOKURKA, Martin. 2012. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2032-9.

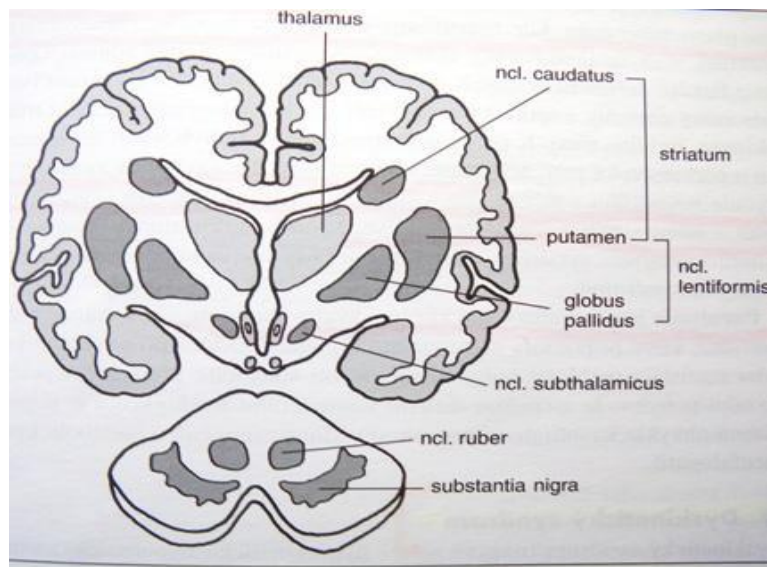
ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDVÁ a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada, 2010. ISBN isbn978-80-247-3535-1

## PŘÍLOHY

Příloha A - EXTRAPYRAMIDOVÝ SYSTÉM	I
Příloha B - HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ.....	II
Příloha C - BARTHELOVÉ TEST SOBĚSTAČNOSTI	III
Příloha D - HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ	IV
Příloha E - MNA	V
Příloha F - LÉKY, KTERÉ MOHOU ZHORŠOVAT PN	VI
Příloha G - DEKUBITUS II. ST. NA HÝŽDÍCH A VSTUP EPICYSTOSTOMIE	VII
Příloha H - L - DOPA TEST	VIII
Příloha I - JEDNOTNÁ ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ PN	IX
Příloha J - REŠERŠE	XIV

Příloha A

EXTRAPYRAMIDOVÝ SYSTÉM



**Extrapyramidový systém**

Zdroj: AMBLER Z, 2011

Příloha B

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ

1. Úroveň vědomí / duševní stav	orientovaný	0
2. Výskyt pádů (v posledních 3 měsících)	1 - 2 pády	2
3. Chůze (samostatnost)	pomocí vozíku	2
4. Vizus	přiměřený	0
5. Chůze - rovnováha	vyžaduje použití pomůcky, opory	1
6. Systolický krevní tlak	snížení $\leq$ 20 mm Hg	2
7. Léky	užívá 3 - 4 léky během posledních 7 dnů	4
8. Predispoziční faktory pádů (závratě, hypotenze, CMP, M.P., ztráta končetiny, záchvaty, artritida, fraktury, osteoporóza)	1 - 2	2
CELKEM:		13

Zdroj: Siposová, 2017  
CYGNUS

Vyhodnocení:	
0 - 10 bodů	bez rizika
11 a více bodů	značné riziko pádu

Příloha C

BARTHELOVÉ TEST SOBĚSTAČNOSTI

1. Chůze po rovině	s pomocí	10
2. Chůze po schodech	neprovede	0
3. Přesun kolečková židle - židle - postel a zpět	s pomocí	5
4. Najedení a napití (s přípravou: nakrájení...)	s pomocí	5
5. Osobní hygiena (umytí obličeje, česání, holení, čištění zubů)	s pomocí	0
6. Koupání a sprchování	s pomocí	0
7. Oblékání (včetně obutí a zapnutí knoflíků)	s pomocí	5
8. Použití WC (včetně svléknutí, očištění se, spláchnutí WC)	s pomocí	5
9. Kontinence stolice	občas inkontinentní	5
10. Kontinence moči	inkontinentní	0
CELKEM:		35

Zdroj: Siposová, 2017  
CYGNUS

Vyhodnocení:	
0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost stř. stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

## Příloha D

### HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

1. Tělesný stav	příjemný	3
2. Duševní stav	apatický	3
3. Aktivita	chůze s pomocí	3
4. Mobilita	mírně omezená	3
5. Inkontinence	moči i stolice	1
CELKEM:		13

Zdroj: Siposová, 2017  
CYGNUS

Vyhodnocení:	
méně než 12 bodů	vysoké riziko
12 - 13 bodů	střední riziko
14 a více bodů	nízké riziko





## Příloha F

### LÉKY, KTERÉ MOHOU ZHORŠOVAT PN

- léky používané hlavně, ale ne vždy, v léčbě duševních poruch: Haloperidol, Haldol, Largactil, Moditen, Tisercin, Levopromazin, Prochlorperazin, Perfenazin
- léky používané při zažívacích obtížích: Degan
- léky používané např. v léčbě závratí, nevolnosti, zvracení: Torecan
- léky používané např. při nedostatečném prokrvení vnitřního ucha či mozku: Stugeron, Cinnabene, Cinarizin, Arlevert, Sibelium
- léky používané k tlumení kašle, škytavky: Prothazin, Promethazin, Phenergan
- léky používané v léčbě vyššího krevního tlaku: Crystepin, Aldomet, Dopamet, Dopegyt

Současně se selegilinem (Jumex, Sepatrem, Niar atd.) se nesmějí používat léky s antidepresivním účinkem. Tyto léky lze pacientům s PN podávat, je však nutno předem vysadit selegilin, a to asi 3 týdny před nasazením antidepresiva.

Zdroj: ROTH, 2009

Příloha G

DEKUBITUS II. ST. NA HÝŽDÍCH A VSTUP EPICYSTOSTOMIE



Dekubitus II. st. na hýždích

Zdroj: Siposová, 2017



Vstup epicystostomie do podbřišku

Zdroj: Siposová, 2017

## Příloha H

### L - DOPA TEST

L - dopa test: při tomto testu se zjišťuje odpověď organismu na dopaminergní podnět. Provádí se u pacientů s podezřením na PN, kde diagnóza není 100 % -ní. Test se provádí nalačno. U pacientů, kteří ještě neužívali L - dopu, se podává 2 dny Motilium před testem a to 3x denně 2 tablety, aby se snížily nežádoucí účinky L - dopy (nevolnost, zvracení). U pacienta, který již L - dopu užíval, se musí na 12 hodin jeho dávka L - dopy vysadit. Protože po jejím vysazení, by mělo dojít k zhoršení pohyblivosti pacienta i dalším potížím spojených s PN, musí být v této době v důsledné péči lékaře. Poté se pacientovi podá 1 tabletky L - dopy (např. ISICOM, NAKOM 275mg, MADOPAR 250mg) a po 30 minutách musí být opětovně vyšetřen, je - li diagnóza PN potvrzena, jeho stav se zlepšuje. Test lze opakovat znovu až po uplynutí jedné hodiny

Zdroj: RŮŽIČKA, 2008.

Příloha I

JEDNOTNÁ ŠKÁLA HODNOCENÍ PRO PN

Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci															
Jméno		Redné číslo													
		Datum													
	L-DOPA mg/les	trvání účinku v hodinách													
				on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off
1	Postižení intelektu														
2	Porucha myšlení														
3	Deprese														
4	Motivace/initiativa														
	<b>Meziosočet 1-4 (maximum = 16)</b>														
5	Řeč														
6	Salivace														
7	Polykání														
8	Psaní rukou														
9	Krájení jídla a manipulace s přiborem														
10	Oblékání														
11	Osobní hygiena														
12	Obracení na posteli a přikrývání se														
13	Pády (bez vztahu k "freezingu")														
14	Freezing za chůze														
15	Chůze														
16	Třes														
17	Senzorické obtíže souvis. s PN														
	<b>Meziosočet 5-17 (maximum = 52)</b>														
18	Řeč														
19	Mimika														
20	Klidový třes: hlava, rty, brada														
	H.K.	pravá													
		levá													
	D.K.	pravá													
		levá													
21	Akční či posturální třes HK														
		pravá													
		levá													
22	Rigidita														
		šije													
	H.K.	pravá													
		levá													
	D.K.	pravá													
		levá													
23	Klepání prsty														
		pravá													
		levá													

Datum			on		off		on		off		on		off		on		off	
			on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off
24	Pohyby dlaní	pravá																
		levá																
25	Alternující pohyby rukou	pravá																
		levá																
26	Pohyby nohou	pravá																
		levá																
27	Vstávání ze židle																	
28	Držení postavy ve stoji																	
29	Chůze																	
30	Posturální stabilita																	
31	Āracykineze a hypokineze těla																	
	Meziseučet: 18-31 (max. = 108)																	
	Āelkový poĀet bodů: 1-31 (max. = 176)																	
32	Dyskineze: trvání																	
33	Dyskineze: omezení																	
34	Dyskineze: bolesti																	
35	Dyskineze: dystonie																	
36	Stavy "off": pědvidatelně																	
37	Stavy "off": nepědvidatelně																	
38	Stavy "off": něhlě																	
39	Stavy "off": trvání																	
40	Nauzea, nechutenstvě, zvraceně																	
41	Poruchy spěnku																	
42	Symptomatickě ortostěza																	
	Krevně tlak:	vseĀě																
		vleže																
		vstoje																
	Věha																	
	Āep:	vseĀě																
		vleže																
		vstoje																
	<b>Jmenně lěkĀra</b>																	
			on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off
	Stadium dle Hoehnově a Yahr																	
	ŠkĀla každodenněch Āinnostě																	
	ŠkĀla každodenněch Āinnostě (s dyskinezě)																	

Fahn S, Elton R, Members of the UPDRS Development Committee, In: Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Goldstein M, eds. Recent developments in Parkinson's Disease, Vol. 2 Florham Park, NJ, Macmillan Health Care Information 1987, pp 153-163, 293-304, Růžicka et al., Parkinsonova nemoc a Parkinsonově syndromy. Extrapyramidově onemocněně I, Praha, Galěn 2000, pp. 266-273.

# Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci (Unified Parkinson's Disease Rating Scale, UPDRS)

## I. Myšlení, chování a nálada

### 1) postižení intelektu

- 0 = žádné
- 1 = mírné: zapomnětlivost s částečným vybavováním si událostí, bez dalších obtíží
- 2 = nepříliš velká ztráta paměti s dezorientací a mírnými obtížemi při zvládnutí složitějších problémů, mírné, ale definitivní narušení výkonu v domácím prostředí s nutností příležitostně nápovědy
- 3 = závažná ztráta paměti s dezorientací v čase a často i v místě, vážné narušení schopnosti řešit problémy
- 4 = ztráta paměti se zachováním orientace pouze osobou, neschopnost udělat si úsudek nebo řešit problémy, neschopen sebeobsluhy, vyžaduje značnou pomoc, v žádném případě nemůže být nechán o samotě

### 2) porucha myšlení

- 0 = žádná
- 1 = živé sny
- 2 = „neškodné“ halucinace se zachováním náhledu
- 3 = příležitostně až časté halucinace nebo bludy, bez náhledu, mohou narušovat denní aktivity
- 4 = trvalé halucinace, bludy nebo floridní psychóza, neschopen se o sebe postarat

### 3) deprese

- 0 = nepřítomna
- 1 = období abnormálního smutku nebo sebeobviňování nikdy netrvá déle než několik dnů
- 2 = trvalá deprese (1 týden a více)
- 3 = trvalá deprese s vegetativními symptomy (nespavost, nechutenství, úbytkem váhy, ztrátou zájmu)
- 4 = trvalá deprese s vegetativními symptomy a suicidalními myšlenkami a záměry

### 4) motivace/iniciativa

- 0 = normální
- 1 = méně se prosazující než je obvyklé, pasivní
- 2 = ztráta iniciativy nebo zájmu o činnost, které nejsou zcela běžné
- 3 = ztráta iniciativy nebo zájmu o každodenní činnost
- 4 = apatický, úplná ztráta motivace

## II. Aktivity běžného života

### 5) řeč

- 0 = normální
- 1 = mírně postižená, bez obtíží srozumitelná
- 2 = středně těžce postižená, někdy je pacient požádán o zopakování výroku
- 3 = vážně postižená, často je pacient žádán: o zopakování výroku
- 4 = po většinu času nesrozumitelná

### 6) salivace

- 0 = normální
- 1 = nepatrné, ale jasně zvýšené slinění, sliny mohou v noci vytékat z úst
- 2 = mírně zvýšená salivace, sliny mohou vytékat z úst
- 3 = znatelně zvýšená salivace s častým vytékáním slin z úst
- 4 = značné vytékání slin z úst vyžadující neustálé kapesník

### 7) polykání

- 0 = normální
- 1 = zřídka kdy zaskočí sousto
- 2 = příležitostně zaskočí sousto
- 3 = vyžaduje kašovitou stravu
- 4 = vyžaduje nasogastrální sondu nebo gastrostomii

### 8) psaní rukou

- 0 = normální
- 1 = nepatrně zpomalené nebo malé písmo
- 2 = středně těžce zpomalené nebo malé písmo, všechna slova jsou čitelná
- 3 = těžce porušené písmo, ne všechna slova jsou čitelná
- 4 = většina slov je nečitelná

### 9) krájení jídla a manipulace s příborem

- 0 = normální
- 1 = poněkud pomalé a neobratné, ale nepotřebuje pomoc
- 2 = neobratné a pomalu nakrájí většinu jídla, někdy potřebuje pomoc
- 3 = jídlo musí někdo nakrájet, ale je schopen pomalu jíst sám
- 4 = musí být krměn

### 10) oblékání

- 0 = normální
- 1 = poněkud pomalé a neobratné, ale nepotřebuje pomoc
- 2 = příležitostně pomoc při zapínání knoflíků a oblékání do rukávů
- 3 = vyžaduje značnou pomoc, ale někdy úkony zvládne sám
- 4 = bezmocný

### 11) osobní hygiena

- 0 = normální
- 1 = poněkud zpomalen, ale nepotřebuje pomoc
- 2 = potřebuje pomoc při sprchování či koupání, nebo je při hygieně velmi pomalý
- 3 = vyžaduje pomoc při mytí, čištění zubů, česání, na záchodě
- 4 = močový katetr nebo jiné hygienické pomůcky

### 12) obrácení na posteli a přikrývání se

- 0 = normální
- 1 = poněkud pomalé a neobratné, ale nepotřebuje pomoc
- 2 = může se obrátit nebo přikrýt sám, ale s velkými potížemi
- 3 = začne se obracet nebo si upravovat přikrývku, ale sám není schopen dokončit
- 4 = bezmocný

### 13) pády (bez vztahu k „freezingu“)

- 0 = žádné
- 1 = zřídka
- 2 = příležitostně pády, méně než jednou denně
- 3 = pády průměrně jednou denně
- 4 = pády častěji než jednou denně

### 14) freezing za chůze

- 0 = žádný
- 1 = zřídka freezing za chůze, může se objevit hesťace na začátku pohybu
- 2 = příležitostně freezing za chůze
- 3 = častý freezing, příležitostně pády z důvodu freezingu
- 4 = časté pády z důvodu freezingu

**15) chůze**

0 = normální

1 = mírné obtíže, mohou chybět souhyby paží nebo má sklon šourat nohy

2 = střední obtíže, vyžaduje malou nebo žádnou pomoc

3 = těžká porucha chůze vyžadující pomoc

4 = nemůže vůbec chodit, ani s pomocí

**16) třes (anamnestické stesky na třes jakékoliv části těla)**

0 = nepřítomen

1 = nepatrný, zřídka kdy přítomný

2 = středně těžký, pacienta obtěžuje

3 = těžký, narušuje mnoho denních činností

4 = velmi těžký, narušuje mnoho denních činností

**17) senzorické obtíže související s parkinsonismem**

0 = žádné

1 = příležitostně necitlivost, brnění či mírná bolest

2 = často je přítomna necitlivost, brnění či bolest, ale pacienta netrápí

3 = časté bolestivé pocity

4 = mučivá bolest

**III. Vyšetřování hybnosti****18) řeč**

0 = normální

1 = nepatrná ztráta výrazovosti, výslovnosti a hlasitosti řeči

2 = monotónní, seřfělá, ale srozumitelná řeč, středně porušena

3 = znatelně porušena, je obtížné porozumět

4 = nerosrozumitelná

**19) mimika**

0 = normální

1 = naznačená hypomimie, může být ještě v rámci normální „poker face“

2 = nepatrné, ale nepochybně abnormální ochuzení mimiky

3 = mírná hypomimie, rty jsou někdy pootvěřené

4 = maskovitá tvář s těžkou (úplnou) ztrátou mimiky, rty trvale pootvěřené

**20) klidový třes (zvlášť se hodnotí třes hlavy, horní a dolní končetiny, vpravo a vlevo)**

0 = nepřítomen

1 = nepatrný a zřídka přítomný

2 = třes je stálý, malé amplitudy, nebo je větší amplitudy, ale pouze intermitentně přítomen

3 = větší amplitudy, přítomen po většinu času

4 = značné amplitudy, přítomen po většinu času

**21) akční nebo posturální třes rukou (zvlášť se hodnotí třes na pravé a levé končetině)**

0 = nepřítomen

1 = nepatrný, přítomný jen za pohybu

2 = nevelké amplitudy, přítomný jen za pohybu

3 = nevelké amplitudy, přítomný při statické zátěži stejně jako za pohybu

4 = značné amplitudy; narušuje stravování

**22) rigidita (hodnotí se pasivní pohyb ve velkých kloubech, pacient uvolněně sedí; nebrat ohled na příznak ozubeného kola)**

0 = nepřítomná

1 = nepatrná, zjevitelná pouze při aktivaci pohybem druhostanné končetiny

2 = mírná až střední

3 = značná, ale je ještě zachován plný rozsah pohybu

4 = těžká, omezuje rozsah pohybu

**23) klepání prsty (pacient rychle opakovaně klepe palcem o špičku ukazováku s co největší amplitudou, každou rukou zvlášť)**

0 = normální

1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy

2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu

3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu

4 = neschopen provést pohyb

**24) pohyby rukou (pacient rychle opakovaně rozvírá a zavírá dlaň s nataženými prsty a co největší amplitudou, každou ruku zvlášť)**

0 = normální

1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy

2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu

3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu

4 = neschopen provést pohyb

**25) rychlé, alternující pohyby rukama (pacient provádí pronaci a supinaci v horizontální nebo vertikální poloze, s co možná největší amplitudou, oběma rukama zároveň)**

0 = normální

1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy

2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu

3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu

4 = neschopen provést pohyb

**26) pohyby nohou (pacient rychle opakovaně poklepává špičkou nohy o zem, pata zůstává opřena, s co největší amplitudou)**

0 = normální

1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy

2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu

3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu

4 = neschopen provést pohyb

**27) vstávání ze židle (pacient se pokusí vstát ze židle s rovným opěradlem, ruce má přitom zkřížené na prsou)**

0 = normální

1 = pomalé nebo potřebuje více pokusů

2 = zvedá se s oporou o ruce

3 = tendence k pádu nazad, potřebuje více pokusů, ale vstane bez pomoci

4 = neschopen vstát bez pomoci

**28) držení postavy ve stoji**

0 = normálně vzpřímený

1 = ne zcela vzpřímený, nepatrně nahnbený postoj (může být normální pro starší osoby)

2 = mírně nahnbený, bezpochyby abnormální postoj, může být nepatrně nakloněn k jedné straně

3 = těžce nahnbený s kyfózou, může být mírně nakloněn k jedné straně

4 = značné flekční držení, postoj je extrémně abnormální

**29) chůze**

0 = normální

1 = chodí pomalu, může mít krátký šouravý krok, ale nemá festinace nebo propulse

2 = chodí s obtížemi, ale vyžaduje jen malou nebo žádnou oporu

3 = těžká porucha chůze vyžadující oporu

4 = nechodí vůbec, ani s oporou



30) posturální stabilita (zkouška zvrácení trupu vstoje: odpověď na náhle vychýlení vzad trhnutím za ramena, když pacient stojí s otevřenými očima, nohy mírně rozkročené, je připraven, může mít několik cvičných pokusů)

- 0 = normální
- 1 = retropulse, ale vyrovná bez pomoci
- 2 = chybí posturální odpověď, mohl by upadnout, kdyby jej vyšetřující nezachytil
- 3 = velmi nestabilní, tendence ke spontánní ztrátě rovnováhy
- 4 = neschopen stát bez opory

31) bradykineze a hypokineze těla (kombinace zpomalenosti, váhání na začátku pohybu, snížených souhybů, malé amplitudy a celkové chudosti pohybů)

- 0 = žádná
- 1 = minimální zpomalení, činí dojem uvážlivého pohybu, u některých osob ještě normálního, možné snížení amplitudy pohybů
- 2 = zpomalení a pohybová chudost mírného stupně, již nepochybně abnormální, případně snížení amplitudy pohybu
- 3 = středně těžké zpomalení a chudost či nízká amplituda pohybů
- 4 = značné zpomalení, chudost či nízká amplituda pohybů

#### IV. Komplikace léčby (v posledním týdnu)

##### A. Dyskineze

32) trvání: jak velkou část doby bdění jsou dyskineze přítomny? (anamnestický údaj)

- 0 = žádnou
- 1 = 1-25 % dne
- 2 = 26-50 % dne
- 3 = 51-75 % dne
- 4 = 76-100 % dne

33) omezení dyskinezemi: do jaké míry dyskineze zneschopňují? (anamnestická informace, může být upravena dle objektivního nálezu)

- 0 = nejsou zneschopňující
- 1 = mírně zneschopňující
- 2 = středně zneschopňující
- 3 = těžce zneschopňující
- 4 = zcela zneschopňující

34) bolestivé dyskineze: do jaké míry mohou být dyskineze bolestivé?

- 0 = nejsou bolestivé
- 1 = mírně bolestivé
- 2 = středně bolestivé
- 3 = silně bolestivé
- 4 = velmi silně bolestivé

35) přítomnost časné ranní dystonie (anamnestický údaj)

- 0 = ne
- 1 = ano

##### B. Klinické fluktuace

36) vyskytují se stavy „off“, které lze časově předvídat vzhledem k době podání léku?

- 0 = ne
- 1 = ano

37) vyskytují se stavy „off“, které nelze časově předvídat vzhledem k době podání léku?

- 0 = ne
- 1 = ano

38) vyskytují se stavy „off“, přicházející náhle během několika sekund?

- 0 = ne
- 1 = ano

39) jakou část dne (za bdělého stavu) je průměrně pacient v „off“ stavu?

- 0 = žádnou
- 1 = 1-25 % dne
- 2 = 26-50 % dne
- 3 = 51-75 % dne
- 4 = 76-100 % dne

##### C. Jiné komplikace

40) trpí pacient nechutenstvím, nevolností či zvracením?

- 0 = ne
- 1 = ano

41) trpí pacient nespavostí, nadměrnou spavostí či jinou poruchou spánku?

- 0 = ne
- 1 = ano

42) trpí pacient symptomatickou ortostázou? (zaznamenejte krevní tlak a puls vleže, vsedě a vstoje)

- 0 = ne
- 1 = ano

#### V. Modifikovaná stupnice stadií podle Hoehnové a Yahra

- stadium 0 - bez příznaků nemoci
- stadium 1 - jednostranné příznaky onemocnění
- stadium 1,5 - jednostranné + axiální postižení
- stadium 2 - oboustranné postižení bez poruchy rovnováhy
- stadium 2,5 - oboustranné postižení s mírnou poruchou rovnováhy, schopen vyrovnat postoj při zkoušce zvrácení trupu
- stadium 3 - mírné až středně těžké oboustranné postižení, posturální instabilita, soběstačný
- stadium 4 - těžká nezpůsobilost, ještě schopen chodit nebo stát bez pomoci
- stadium 5 - odkázán na vozík nebo upoután na lůžko, vstává jen s pomocí

#### VI. Schwabova a Englandova škála každodenních činností

- 100 % - zcela nezávislý, schopen všech úkonů bez zpomalení, obtíží nebo narušení; v podstatě normální, neuvědomuje si žádné obtíže
- 90 % - zcela nezávislý, schopen všech úkonů s určitým stupněm zpomaleností, obtíží a narušení; vše může trvat 2× déle; začíná si uvědomovat obtíže
- 80 % - zcela nezávislý ve většině úkonů, vše trvá 2× déle; uvědomuje si obtíže a zpomalenost
- 70 % - není zcela nezávislý; některé úkony jsou obtížnější a trvají 3-4× déle; musí strávit velkou část dne jejich prováděním
- 60 % - určitá závislost; může provádět většinu úkonů, ale neobvyčejně pomalu a s velkým úsilím; dělá chyby, některé úkony není schopen provést
- 50 % - více závislý; potřebuje pomoc v polovině úkonů, je pomalejší atd.; obtíže se všim
- 40 % - velmi závislý; schopen podílet se na všech úkonech, ale sám jich provede jen málo
- 30 % - čas od času provede s úsilím několik málo úkonů nebo je alespoň sám začne; potřebuje velkou pomoc
- 20 % - nic neudělá sám; může se nepatrně na něčem podílet, těžce invalidní
- 10 % - zcela závislý, bezmocný; úplně invalidní
- 0 % - vegetativní funkce jako polykání a vyměšování selhávají; upoután na lůžko

Zdroj: [https://is.muni.cz/th/128123/lf\\_m/Priloha\\_V.\\_-\\_UPDRS.pdf](https://is.muni.cz/th/128123/lf_m/Priloha_V._-_UPDRS.pdf)

Příloha J

REŠERŠE



## Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou nemocí

Štefánia Siposová

**Klíčová slova:** Parkinsonova nemoc, ošetrovatelský proces

Rešerše č. 3/2017

**Bibliografický soupis**

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 39 záznamů</b> (kvalifikační práce – 4, monografie – 18, ostatní – 17)
<b>Časové omezení:</b>	2007 - současnost
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština
<b>Druh literatury:</b>	knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	16. 1. 2017

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO

# ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o 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 .....

.....  
Jméno a příjmení studenta