

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**BARBORA TOMEČKOVÁ, DiS.**

**Praha 2019**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

BARBORA TOMEČKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová, PhD.

Praha 2019



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

TOMEČKOVÁ Barbora  
3VSV

### Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou

*Nursing Process in a Patient with Parkinson's Disease*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

V Praze dne 15. listopadu 2018

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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 31.5.2019

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Jarmile Verešové, PhD., za odborné vedení, ochotný přístup, připomínky a rady, které mi poskytla v průběhu zpracování mé bakalářské práce.

V Praze dne: 31.5.2019

*podpis:*

## ABSTRAKT

TOMEČKOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová, PhD. Praha. 2019. 74 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je složená ze tří kapitol. První kapitola popisuje charakteristiku onemocnění Parkinsonovy choroby, příznaky, diagnostiku a léčbu. Druhá kapitola obsahuje specifika ošetrovatelské péče tohoto onemocnění. Třetí a poslední kapitolou teoretické části je charakteristika ošetrovatelského procesu.

Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou. U pacientky bylo provedeno posouzení ošetrovatelských problémů a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle třinácti domén NANDA I Taxonomie II. V závěru je zhodnocena péče, ošetrovatelský proces a doporučení pro praxi.

Klíčová slova: Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient. Parkinsonova choroba.

## ABSTRACT

TOMEČKOVÁ, Barbora. *Nursing process for a patient with Parkinson's disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová, PhD. Prague. 2019. 74 pages.

The final thesis deals with nursing process in a patient with Parkinson's disease. The final thesis is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter describes the characteristics of Parkinson's disease. The second chapter contains the specifics of nursing care of this disease. The third and the last chapter of the theoretical part deals with characteristics of nursing process.

The practical part is focused on nursing process in a patient with Parkinson's disease. It was carried out as an assessment of patient's nursing problems and determination of nursing diagnoses according to thirteen domains NANDA I Taxonomie II. The conclusion consist of evaluated care, nursing process and mentioned recommendations for practice.

Keywords: Nursing care. Nursing process. Parkinson's disease. Patient.

# PŘEDMLUVA

Práci na téma ošetrovatelský proces s Parkinsonovou chorobou jsem si vybrala z důvodu toho, že je mi téma velmi blízké v ohledu mé pracovní pozice. Na neurologickém oddělení pracuji již více než půl roku, a stále častěji se setkávám s pacienty, kteří se léčí s tímto onemocněním. V této práci se můžete dočíst, jak právě toto onemocnění probíhá a jak se léčí. Tato nemoc je velmi komplikovaná z ohledu na ošetrovatelskou péči. U nemocných probíhá řada ošetrovatelských specifíků, kterými se já jako všeobecná sestra, musím řídit. Ke každému nemocnému musíme přistupovat individuálně.

Někdy je tato práce velmi náročná, ale pokud člověk jako já, si vybere tuto profesi, musí se potýkat s řadou pacientů, kteří prosí o pomoc. U Parkinsonovy choroby to platí dvojnásob. Pacienti si prochází různými stádii onemocnění, kdy jsou v neposlední řadě odkázáni na pomoc druhého. Já, jako všeobecná sestra musím zhodnotit stav pacienta a uvědomit si určitá rizika onemocnění. Proto jsem si vybrala téma onemocnění, které je široké na ošetrovatelskou péči, se kterou se každý den potýkám.

Dále bych chtěla poděkovat za velmi cenné rady mé vedoucí práce paní PhDr. Jarmile Verešové, PhD., a vedení neurologického oddělení, které mi umožnilo tuto práci zpracovat.



# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
<b>1 PARKINSONOVA CHOROBA.....</b>	<b>16</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA PARKINSONOVY CHOROBY .....	16
1.2 ETIOLOGIE PARKINSONOVY CHOROBY.....	17
1.3 PŘÍZNAKY A PROJEVY PARKINSONOVY CHOROBY .....	18
1.3.1 TŘES.....	18
1.3.2 BRADYKINEZE, AKINEZE, HYPOKINEZE .....	19
1.3.3 SVALOVÁ ZTUHLOST.....	19
1.3.4 POSTURÁLNÍ PORUCHY.....	20
1.3.5 VEGETATIVNÍ PORUCHY.....	20
1.3.6 PSYCHICKÉ ZMĚNY.....	22
1.3.7 PROJEVY A KOMPLIKACE POZDNÍHO STÁDIA NEMOCI.....	22
1.4 DIAGNOSTIKA PARKINSONOVY CHOROBY .....	23
1.4.1 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY.....	24
1.4.2 L-DOPA TEST.....	25
1.4.3 APOMORFINOVÝ TEST.....	25
1.4.4 ZOBRAZOVACÍ METODY.....	25
1.5 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY.....	26
1.5.1 FARMAKOTERAPIE.....	26
1.5.2 REHABILITACE A AKTIVIZACE PACINETŮ S PARKINSONOVOU CHOROBU.....	27
1.5.3 NEUROCHIRURGICKÁ LÉČBA.....	29
1.5.4 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ A DOPLŇKOVÁ LÉČBA U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBU .....	29
<b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBU .....</b>	<b>31</b>
<b>3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....</b>	<b>34</b>
3.1 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	34
<b>4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBU.....</b>	<b>37</b>

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	69
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>72</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b>	Body – mass index
<b>CT</b>	Počítačová tomografie
<b>D</b>	Dech
<b>EEG</b>	Elektroencefalografie
<b>IM</b>	Infarkt myokardu
<b>MR</b>	Nukleární magnetická rezonance
<b>P</b>	Puls
<b>PET SCAN</b>	Pozitronová emisní tomografie
<b>PMK</b>	Permanentní močový katétr
<b>PN</b>	Parkinsonova nemoc
<b>PŽK</b>	Periférní žilní katétr
<b>RZS</b>	Rychlá záchranná služba
<b>SpO<sub>2</sub></b>	Saturace kyslíku
<b>TEN</b>	Tromboembolická nemoc
<b>TK</b>	Krevní tlak
<b>TT</b>	Tělesná teplota

(HUGO et al., 2016)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Akinetický freezing</b>	pohybová blokáda
<b>Akineze</b>	neschopnost vykonat daný pohyb
<b>Antidepresiva</b>	skupina léků psychofarmak užívaných k léčbě deprese
<b>Anxiolytika</b>	skupina léků odstraňující úzkost
<b>Aspirační pneumonie</b>	akutní zánět plic vzniklý v důsledku patologického vdechnutí
<b>Bradykineze</b>	celkové zpomalení pohybů
<b>Dysfágie</b>	porucha polykání
<b>Erekttilní dysfunkce</b>	dosažení a udržení erekce
<b>Hyperhydróza</b>	zvýšené pocení
<b>Hypokineze</b>	nedostatek volných i reflexních pohybů
<b>Hypotenze</b>	nízký krevní tlak
<b>Mikrografie</b>	zmenšení písma
<b>Ortostatická hypotenze</b>	náhlý pokles krevního tlaku
<b>Sedativa</b>	zklidňující léky
<b>Sialorrhoe</b>	nadměrné hromadění slin v ústech
<b>Sipping</b>	popíjení tekutin
<b>Tremor</b>	třes

(KAŠÁKOVÁ et al., 2015)

## ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o ošetrovatelské péči o nemocné s Parkinsonovou chorobou. Jedná se o chronické, degenerativní onemocnění, které nelze vyléčit, avšak lze dlouhodobě potlačit příznaky. Parkinsonova nemoc je jedním z nejčastějších onemocnění, se kterými se neurologie setkává. Příčina onemocnění není zcela jasná, nicméně špatný životní styl, pracovní či sociální anamnéza na vzniku vinné nenese. Rok od roku se průměrný lidský věk zvyšuje, a proto je počet nemocných Parkinsonovou nemocí čím dál větší.

Parkinsonova choroba přináší pacientům postupem času řadu nepříjemných omezení a obtíží, která jsou u každého pacienta individuální. Nemocný však není jediný, kterého se tato nemoc týká. Velkou zodpovědnost na sebe berou i členové rodiny pacienta, kteří v době nemoci čelí opravdovému zlomu. Největší obětí je ten, který o nemocného pečuje, většinou to bývá partner či partnerka. Pečující postupně organizuje péči nemocného v určitých stádiích onemocnění, kdy v neposlední řadě je odkázán na pomoc druhého.

I když má nemoc velmi častý výskyt, vykytují se chyby v diagnóze, a tak se nemocnému nedostává mnohdy adekvátní terapie z důvodu atypického obrazu onemocnění. Dále bychom měli nemocného dostatečně informovat o průběhu onemocnění, abychom se vyvarovali strachu z neznámé choroby. Proto bychom měli zařídit častou návštěvu lékaře, jasně a stručně podat informace o diagnóze a prognóze aby to nemocný pochopil. O onemocnění musí informovat lékař.

Jediná cesta, jak nemoci úspěšně čelit a naučit se s ní žít, je bojovat! A jak říká Roth ve své knize: „*Pro člověka, který trpí Parkinsonovou nemocí, jsou pouze dvě možnosti: vzdát se, nebo bojovat*“ (ROTH, 2009, s. 10).

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Popsat charakteristiku onemocnění, diagnostiku a léčbu onemocnění na základě odborné literatury zpracované z rešerše literatury.

**Cíl 2:** Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Parkinsonovou chorobou na základě odborné literatury zpracované z rešerše literatury.

**Cíl 3:** Popsat charakteristiku ošetrovatelského procesu na základě odborné literatury zpracované z rešerše literatury.

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

**Cíl 1:** Zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s Parkinsonovou chorobou.

**Cíl 2:** Navrhnout doporučení pro praxi.

**Vstupní literatura:**

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

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

RŮŽIČKA, Evžen et al. *Parkinsonova nemoc: doporučené postupy diagnostiky a léčby I Časné stadium*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2004. 60, 59 s. ISBN 80-7262-298-6.

NĚMCOVÁ, Jitka et al., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů*. [online]. ISBN 978-80-902876-9-3.

### **Popis rešeršní strategie:**

O rešeršní protokol jsem požádala elektronickou cestou Vědeckou knihovnu v Olomouci. Bylo využito elektronických databází katalogů VKOL, Medvik – národní lékařské knihovny, katalogy Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, databáze Národní knihovny ČR nebo THESES.

Knihovna mi do šedesáti pracovních dnů vypracovala kompletní rešerši na základě klíčových slov: pacient, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská péče, Parkinsonova choroba. V anglickém jazyce, nursing care, nursing process, Parkinson's disease, patient.

Rešerše zahrnuje celkem 155 záznamů. Čerpáno bylo z 20 knih, 166 článků, 17 vysokoškolských kvalifikačních prací a 2 online zdroje. Časově je omezená od roku 2009 po rok 2018 a jazykově vymezená pro češtinu a angličtinu.

# 1 PARKINSONOVA CHOROBA

*„Parkinsonova choroba je chronické progresivní onemocnění nervového systému. Vzniká na podkladě neuronální degenerace především v oblasti substantia nigra a následným nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích“ (ŠINÁGLOVÁ, 2013, s.40). Onemocnění je často spojené s poruchou hybnosti, které se projevuje třesem, rigiditou, bradykinezi a poruchou chůze, avšak se projevují tzv. non-motorické příznaky, které jsou důsledkem neuronální degenerace rozsáhlých oblastí mozkového kmene (ANON, 2016).*

## 1.1 CHARAKTERISTIKA PARKINSONOVY CHOROBY

První známky Parkinsonovy choroby, které se projevují svalovou ztuhlostí, třesem končetin a pohybovou chudostí byly popsány v roce 1817 podle londýnského lékaře, neurologa Jamesa Parkinsona. Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění neboli postupné „opotřebování“ a zánik nervových buněk, který nelze zastavit ani zpomalit. Důležitým patologickým nálezem a příčinou motorických projevů onemocnění je ztráta nervových buněk v jádru mozkového kmene, kde leží substantia nigra (černé substance) s nedostatkem dopaminu v mozku (DUŠEK et al., 2013).

K postupnému zániku nervových buněk dochází i v dalších mozkových jádrech, v šedé mozkové kůře, ale také v periferních nervech a míše. K tomuto odumírání dochází v pokročilých stádiích onemocnění. Díky tomuto procesu se tak rozvíjí nedostatek neuropřenašečů v mozku. Mezi neuropřenašeče řadíme serotonin, noradrenalin nebo také acetylcholin, díky nimž dochází k chybným ale i k non-motorickým projevům Parkinsonovy choroby. Non-motorické projevy se mohou projevit psychickými změnami, poruchy spánku či vegetativními poruchami (DUŠEK et al., 2013).

V Evropě přibližně trpí každý tisící člověk Parkinsonovou nemocí. Většinou se nemoc projevuje u osob starších 60 let, kdy nemoc postihuje přibližně jedno procento této skupiny lidí. Jde tedy o velmi častou nemoc. Výskyt Parkinsonovy nemoci



je po celém světě, studie však prokazují nižší výskyt nemoci v Africe nebo také v Japonsku. Zda nemoc postihuje více ženy či muže není jasné, avšak velmi lehká převaha je postižení u mužů. (ROTH et al., 2009).

Nemoc nejčastěji začíná ve středním věku, kdy průměrný věk v počátku onemocnění je okolo padesáti až šedesáti let. Predispozice tohoto onemocnění se jeví jako nepravděpodobná avšak někteří lékaři tvrdí, že u osob trpící uzavřeností, systematickostí či sklon k depresím a návykovému chování lze vypožorovat vyšší výskyt tohoto onemocnění. (ROTH et al., 2009).

## 1.2 ETIOLOGIE PARKINSONOVY CHOROBY

Postupný zánik neuronů je podstatou onemocnění, které začíná v dospělém věku a postupně se pomalu se prohlubuje. Zánik neuronů probíhá ve struktuře mozku zvané substantia nigra, která se nachází v mozkovém kmeni ve středním mozku. „*Substantia nigra je součástí bazálních ganglií (základních seskupení nervových buněk pod pláštěm mozkové kůry), zajišťuje vstup nervového vzruchu do těchto seskupení a zásobuje striatum (část bazálních ganglií) dopaminem*“ (BONNET, HERGUETA, 2012, s. 13). V centrální nervové soustavě působí dopamin jako neurotransmiter. Aby se onemocnění projevilo klinicky, musí počet zaniklých buněk produkujících dopamin klesnout pod 20 % (BONNET, HERGUETA, 2012); (HEINZ, KLAUS, LUTZ, 2012); (SEIDL, 2008).

Mechanismy, které vedou k zániku neuronů, nejsou zcela objasněny. Existují pouze hypotézy tohoto onemocnění. V současné době jsou spojené dva faktory s výskytem Parkinsonovy choroby. Mezi ně můžeme zařadit genetické predispozice neboli genetické faktory a faktory životního prostředí, na čemž závisí znečištěné prostředí, ve kterém žijeme (BONNET, HERGUETA, 2012).

Ve většině případů Parkinsonovy choroby nezaznamenáváme dědičné predispozice v rodině, ty se vyskytují pouze u 5 až 15 % případů. Vyšší výskyt Parkinsonovy choroby je zaznamenán u osob, jehož blízký příbuzný trpěl nebo trpí touto nemocí. Pomocí genu parkin můžeme zjistit genetické dispozice onemocnění, který se vyskytuje asi v polovině rodinných případů (BONNET, HERGUETA, 2012).

Neurotoxické látky mohou být příčinou onemocnění. Látka MPTH (metyl-fenyl-tetra-hydropyridin) je látka, blízka LSD. MPTH je složkou mnoha chemických produktů, jako např. umělá hnojiva. V 80. letech 20. století se u osob, u kterých byl MPTH ve větším množství dostán do těla, vyskytly příznaky Parkinsonovy choroby. Nepůsobí jako jed, ale krevní cestou se v mozku přemění na jedovatou látku, která poškozuje buňky produkující dopamin (BONNET, HERGUETA, 2012); (ROTH et al., 2009).

### **1.3 PŘÍZNAKY A PROJEVY PARKINSONOVY CHOROBY**

Začátek onemocnění bývá nenápadný a velmi netypický. Příznaky mohou doprovázet řadu jiných onemocnění. První obtíže u pacientů s Parkinsonovou chorobou nejsou zcela jasná a objevují se např. bolesti zad a ramen, poruchy spánku, ztráta výkonnosti, pocit tíhy v dolních končetinách, zácpa, zhoršení písma, deprese atd. Později se objevuje tzv. parkinsonská triáda: akineze, rigidita (svalová ztuhlost) a třes (BONNET, HERGUETA, 2012); (ROTH et al., 2009).

#### **1.3.1 TŘES**

Třes (tremor) řadíme mezi základní příznak Parkinsonovy nemoci. Patří mezi nejčastější a nejnámější symptom tohoto onemocnění. Neznamená to však, že ne každý kdo má třes, ihned trpí Parkinsonovou nemocí. Třes doprovází řadu jiných onemocnění. Také se můžeme setkat u procenta nemocných trpící Parkinsonovou nemocí, u kterých se třes nemusí vůbec projevit.

Než se u pacienta zaznamená tzv. „parkinsonský“ třes (příloha A), musí lékař zhodnotit několik faktů. Mezi ně řadíme třes objevující se na končetinách. Nejčastěji začíná na prstech horních končetin ne však symetricky. Postupem třes postupuje na dolní končetinu téže strany. Třes můžeme zaznamenat na končetinách kdy je nemocný v klidu a má ruce svěšené dolů podél těla.

Třes se může zvyšovat emočními projevy jako např. strach, úzkost, rozrušení či radostí. Snížení můžeme pozorovat ve spánku či duševním uvolnění. Třes se objevuje u Parkinsonovy choroby v důsledku nedostatku dopaminu v bazálních gangliích projevující se nedostatečným útlumem, kdy mezi strukturami se aktivita přenáší na buňky, které mají vliv na pohyb (ROTH et al., 2009).

### 1.3.2 BRADYKINEZE, AKINEZE, HYPOKINEZE

Nejméně známým, avšak hlavním projevem Parkinsonovy choroby je akineze, projevující se zpomalením při vykonání pohybu a může vést až ke snížení hybnosti. V průběhu onemocnění pohybové omezení narůstá, kdy počáteční zpomalení vede ke zhoršení výkonu v běžných každodenních činnostech a může vzniknout tzv. akinetický freezing (zmrznutí). Akinetický freezing je náhlá pohybová blokáda zejména při chůzi, která má měnit směr nebo projít nerovným prostorem.

Akinezi můžeme popsat jako slabost, únavu, neschopnost vykonat daný pohyb nebo dělat dvě věci současně. Pocity ztuhlosti nemocný vnímá jako „odumřelou“ končetinu, kdy z vnějšího hlediska vnímáme akinezi jako nehybnost. Potíže s tímto symptomem si můžeme všimnout např. při zavazování bot či zapínání knoflíků. Dále můžeme pozorovat potíže s čištěním zubů nebo mytí vlasů.

Zhoršení písma u nemocných je velmi časným příznakem onemocnění, kdy v průběhu psaní se písmena zmenšují tzv. mikrografie. Bradykineze úzce souvisí s emočním stavem nemocného. S akinezi, se můžeme setkat jako projev při chůzi. Projevuje se velmi pomalou, váhavou chůzí a zkracujícími se kroky (BONNET, HERGUETA, 2012); (MENŠÍKOVÁ, 2015).

### 1.3.3 SVALOVÁ ZTUHLOST

Svalová ztuhlost (rigidita) způsobuje u osob postižených Parkinsonovou chorobou bolesti v kloubech a svalech, ale také křeče projevující se zvýšením svalového napětí. To způsobuje omezení hybnosti v kloubech. Začíná většinou asymetricky, kdy výrazně postihuje axilární svalstvo. V počátečních stádiích Parkinsonovy choroby je rigidita příčina pocitu bolesti a zvýšeného napětí v zádech (MLÝNKOVÁ, 2010), (ŠINÁGLOVÁ, 2013).

Svalovou ztuhlost pacienti velmi špatně snášejí, protože je to velmi nepříjemný příznak, který zhoršuje normální hybnost. Mechanismus vzniku svalové ztuhlosti není znám, avšak souvisí s nedostatkem dopaminu. Abychom svalovou ztuhlost zahrnuli do příznaků Parkinsonovy choroby, musí se velmi pečlivě vyšetřit (ROTH et al., 2009).

Osoba postižená rigiditou nejčastěji popisuje ztuhlost jako pocit strnulosti, svalového napětí, svalové či šlachové bolesti (BONNET, HERGUETA, 2012).

### 1.3.4 POSTURÁLNÍ PORUCHY

Příznaky, které velmi komplikují život nemocných a jsou nedílnou součástí projevů Parkinsonovy choroby, nazýváme posturální poruchy, které jsou charakteristické sehnutým držením trupu a šíje (příloha B). V pokročilejší fázi onemocnění u pacientů dochází k typické chůzi, která je charakteristická drobnými a šouravými krůčky s nejistou rovnovahou a může dojít až k pádu.

Chůze nemocných se liší, v jakém prostoru se nachází. V menších prostorech, které jsou plné předmětů a překážek, může nemocného zpomalovat, ale za to v přírodě nemocní chodí mnohem lépe.

Freezing (zamrznutí) dochází kdykoliv u nemocných bez zjevného důvodu. Nejčastěji však chůzi po rovině. Chůze po schodech nemocným nedělá velké obtíže z důvodu vnímání pohybu schodů, čímž si navodí vnitřní rytmus chůze. Ztráta rovnováhy u nemocných je vnímáno jako pocit tahu dopředu či dozadu, který velmi často vychyluje střed těla a může dojít i k pádu. Tento příznak se nazývá, pulze (ROTH et al., 2009).

### 1.3.5 VEGETATIVNÍ PORUCHY

Vegetativní potíže jsou velmi časté a mohou se vyskytovat v různých formách. Jako první se může vyskytnout **porucha tvorby slin** ve formě nadměrného slinění anebo vytékání slin z úst. Dále si pacienti stěžují na subjektivní pocity v ústech v podobě sucha v ústech. Porucha polykání s následným nadměrným hromaděním slin v ústech se nazývá sialorrhoe, při čemž nejsou žádné neurodegenerativní změny, které by byly příčinou.

**Porucha polykání** neboli dysfágie se nejčastěji vyskytuje v pozdních stádiích onemocnění, kdy může být velkou komplikací se vznikem aspirační pneumonie. Jako prevenci poradíme pacientovi, aby vyloučil ze svého jídelníčku tvrdé a suché potraviny, které se špatně polykají. Dále se ujistíme, zda má pacient správné držení těla při jídle a užívá menší sousta. Hyperhydrózu (zvýšené pocení) zmírňujeme nasazením léčby tzv. L-dopy. Dále se může vyskytnout nadměrná tvorba mazu kůže na obličeji či zvýšená tvorba slin (ANON, 2016); (KURČOVÁ et al., 2015); (ROTH et al., 2009).

**Obstipace** (zácpa) při Parkinsonově chorobě je velmi častá a je jedním nejčastějším non-motorickým příznakem onemocnění. Zácpa se vyskytuje až u dvou

třetin všech pacientů s Parkinsonovou chorobou, tím může docházet k psychickému a sociálnímu utrpení a následně ke snížení kvality života. U většiny pacientů se obstipace vyskytuje už dlouhou dobu před rozvojem symptomů onemocnění. Podle studií bylo až u šesti tisíc nemocných nalezeno větší riziko vývoje Parkinsonovy nemoci u mužů s méně než jednou stolicí denně. Obstipace je nejčastěji spojena s prodlouženou dobou průchodu střevního obsahu tenkým střevem. Jako prevenci léčby poradíme pacientovi stravu bohatou na vlákninu např. sušené švestky apod., dostatek tekutin a fyzická aktivita. Při neúspěchu prevence podáváme pacientovi změkčovače stolice (Duphalac) nebo čípky (ANON, 2016); (DOSTÁL, 2013); (KURČOVÁ et al., 2015); (PEDROSA CARRASO et al., 2018).

Mezi nejčastější **poruchy močení** radíme polakisurii neboli časté nucení na močení, které je způsobeno hyperaktivitou močového měchýře. Výskyt je až u 71 % pacientů. Močová dysfunkce je způsobena tzv. hyperaktivním močovým měchýřem neboli zvýšenou aktivitou, které vedou k nykturii (časté močení v noci), častému močení až k močové inkontinenci, zejména imobilních pacientů. Dále se může vyskytnout oslabený proud moči u mužů nebo zadržetí moče v močovém měchýři u žen. Následkem může být degenerace vegetativních nervových vláken, které regulují mikci. U mužů provádíme vyšetření prostaty, kdy musíme myslet na příčinu v patologii nebo u žen na příčinu gynekologickou (KURČOVÁ et al., 2015).

Mezi další vegetativní poruchy radíme **ortostatickou hypotenzi**. K náhlým poklesům krevního tlaku dochází u pacientů, kteří se náhle narovnajjí z předklonu nebo při postavení z polohy vleže což může vést k pádu či omdlení. Hypotenze může být vyvolána u pacientů léčených antiparkinsoniky nebo poruchou vegetativního nervstva. Léčba spočívá ve zvýšení pitného režimu, zvýšená poloha nebo elastické punčochy až k tříslům. Pokud režimová opatření nezabírají, přehodnotíme antiparkinsonickou léčbu (ANON, 2016); (ROTH et al., 2009).

**Sexuální dysfunkce** se vyskytuje až u 80 % mužů a 75 % žen. U mužů se vyskytuje v podobě erektilní dysfunkce a poruchy potence (dosažení a udržení erekce). U žen se sexuální dysfunkce mohou vyskytnout v podobě sníženého libida nebo s problémem dosažení orgasmu. K hyposexualitě dochází na podkladě nervového systému, které je způsobeno neurodegenerací. U mužů je sexuální dysfunkce způsobena sníženou hladinou testosteronu a psychogenními faktory. Dále musíme zkontrolovat

medikaci užívanou pacientem a vyloučit léky, které mohou navodit impotenci. Vyšetření zaměříme na hladinu testosteronu a funkci štítné žlázy (KURČOVÁ et al., 2015); (ROTH et al., 2009).

### 1.3.6 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Mezi nejčastější psychické změny u pacientů s Parkinsonovou nemocí řadíme depresi, psychózy nebo demenci, která se mohou vyskytnout již v počátečním stádiu onemocnění. **Deprese** jsou charakteristické úzkostí, pocitem beznaděje, podceňováním se a zoufalstvím, kdy významně snižují kvalitu života nemocných. Může dojít k poruše příjmu potravy, únavě nebo k poruchám spánku. U pacientů Parkinsonovy choroby se deprese může projevit sníženým psychomotorickým tempem nebo také sebevražednými myšlenkami (ROTH et al., 2009); (REKTOROVÁ, 2007).

Dále se může u pacientů s Parkinsonovou chorobou objevit halucinace, které jsou charakteristické pro **psychózu**. Ta vzniká následkem poškození mozku, které může vzniknout medikací Parkinsonické léčby nebo chirurgickým zákrokem tzv. hlubokou mozkovou stimulací. Halucinace mohou být vizuální, kdy nemocný může vidět zvířata nebo jiné osoby (REKTOROVÁ, 2007).

V pozdním stádiu onemocnění jsou pacienti nesoběstační v běžných denních aktivitách, jsou zmatení, zapomnětliví, nejsou orientováni místem či časem a snižuje se intelektuální myšlení. Příčinou je **demence**, která nastává u pacientů a postupně se rozvíjí další poruchy psychických funkcí. Projevem můžou být poruchy spánku, vnímání nebo chování (REKTOROVÁ, 2007); (ROTH et al., 2009).

### 1.3.7 PROJEVY A KOMPLIKACE POZDNÍHO STÁDIA NEMOCI

U pacientů s Parkinsonovou nemocí je rozvoj velmi individuální a průběh závisí na mnoha faktorech, kdy se dá ovlivnit pouze mále procento. Léčba v dnešní době velmi ovlivnila průběh onemocnění. V minulosti, kdy nebyly žádné dostupné léčebné metody, lidé umírali na komplikace onemocnění. Častými komplikacemi byla celková nehybnost anebo neschopnost příjmu potravy (BONNET, HERGUETA, 2012); (ROTH et al., 2009).

V literatuře se uvádí, že nemocný si prochází třemi fázemi onemocnění. V první fázi neboli v počátečním stádiu onemocnění klient neuvádí žádné projevy onemocnění, pouze nespecifické obtíže, jako např. změny nálad, poruchy

spánku, svalové bolesti či obstipace, která mohou být příznaky řady onemocnění. Teprve až po několika měsících až let se mohou objevit typické příznaky Parkinsonovy choroby, kdy dochází k určení diagnózy (BONNET, HERGUETA, 2012); (ROTH et al., 2009).

Jako rozvinutou nemoc můžeme označit druhou fázi nemoci. V této fázi se objevují určité komplikace onemocnění, kdy je nutnost zvýšit nemocnému medikaci, aby neztratily účinek a nemocný neztrácel hybnost. Pozdní komplikace se u pacientů objevují v průměru po 7 letech, kdy dochází k postupu základního chorobného procesu (ROTH et al., 2009).

Ve třetí fázi se vyvíjí pohybové, vegetativní ale i psychické pozdní komplikace, které vedou k nesoběstačnosti pacienta. Zhoršení základní příznaků Parkinsonovy choroby a rozvoj další projevů onemocnění. V neposlední řadě při velmi rychlém postupu nemoci, je nemocný odkázán na kolečkové křeslo nebo je z něj dokonce imobilní pacient odkázán na lůžko, který je závislý na pomoci druhé osoby (ROTH et al., 2009).

## **1.4 DIAGNOSTIKA PARKINSONOVY CHOROBY**

Stejně jako u ostatních onemocnění, tak i u Parkinsonovy choroby jsou prvotní informace ve sběru dat z osobní anamnézy, kdy zjišťujeme základní projevy a příznaky onemocnění. Také se nemocného musíme zeptat na prodělaná onemocnění v minulosti, různá traumata, infekční onemocnění nebo operační zákroky. K potvrzení Parkinsonovy choroby musí být přítomny dva základní příznaky ze tří, mezi které můžeme zařadit např. klidový třes, posturální poruchy nebo třeba hypokinezi (příloha C). Dále musíme prověřit, zda nejsou nalezeny další příznaky, které by mohli vést k jinému onemocnění, a které by mohly vyvolat Parkinsonskou chorobu (BEDNAŘÍK et al., 2010); (HEHLMANN, 2010); (RŮŽIČKA et al., 2004).

Nesmíme také zapomenout na fyzikální vyšetření laboratorní vyšetření krve, zejména biochemické vyšetření. Mezi další vyšetření k diagnostice Parkinsonovy choroby řadíme CT, EEG vyšetření, MR, PET SCAN. Dále u pacientů provádíme testy a škály, kde hodnotíme motorické a kognitivní funkce (PARKINSON-HELP, 2017); (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Pro určení diagnózy je velmi důležité podání medikace formou levodopy nebo agonisty dopaminu. Parkinsonova nemoc je velmi předpokládaná, když motorické příznaky ustoupí při podání medikace. Pacient, u kterého ještě není zahájena antiparkinsonská léčba se provádí tzv. L-DOPA test, kdy by se mělo dosáhnout určitého efektu při postupném zvýšení dávky.

Tato léčba formou L-DOPY trvá asi čtyři týdny, kdy by mělo dojít ke zlepšení stavu nemocného. V případě, že nedojde ke zlepšení, nemusí se jednat o Parkinsonovu nemoc. Testy provádíme zhruba po 12 hodinách vysazené antiparkinsonské medikace, kdy můžeme vidět výrazně zhoršený stav hybnosti pacienta (BEDNAŘÍK et al., 2010).

#### 1.4.1 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

Jako u každého onemocnění i u Parkinsonovy choroby lze užít hodnotící škály, kterými určíme klinické příznaky. Velký přínos pro Parkinsonovu chorobu mají dvě škály – škála **Hoehnové a Yahra** a škála **UPDRS** – Unified Parkinson's Disease Rating Scale. V dnešní době jsou nejpoužívanější škály v hodnocení onemocnění v časně i pozdní fázi Parkinsonovy nemoci. Dále má velký význam **Parkinsonský deník** (příloha D), ve kterém sledujeme stav pacienta (RŮŽIČKA et al., 2004).

**Škála Hoehnové a Yahra** slouží k určení stádia onemocnění, která je vyjádřena číselnou stupnicí 0-5, které stanovují stádia Parkinsonovy nemoci. Škála byla vytvořena před zavedením L-DOPY, tudíž popisuje vývoj onemocnění, který není ovlivněn léčbou. Škála je velmi jednoduchá a snadno použitelná (příloha E) (RŮŽIČKA et al., 2004).

Jednotná stupnice **UPDRS** je dnes nejpoužívanější škála pro zhodnocení motorických a non-motorických projevů onemocnění Parkinsonovy choroby, které můžeme snadno vyjádřit v číslech. Skládá se ze šesti částí, které tvoří jednotlivé škály a ty hodnotí jednotlivé projevy nemoci. UPDRS napomáhá lékařům sledovat vývoj onemocnění a účinky léčby (příloha F), (RŮŽIČKA et al., 2004).

Mezi testy na motoriku u Parkinsonovy choroby patří **test motorické výkonnosti**, který slouží k přesnému vyšetření pohybové motoriky nemocného. V praxi těmito testy zjišťujeme účinnost léčby nebo je můžeme použít v klinických studiích. Při testu pozorujeme pacienta jak plní daný úkol a přitom sledujeme, za jaký čas daný



úkoll splní. Někdy může být čas předem stanovený. Při vyšetření se zaměříme na pohybové zpomalení, poruchy motoriky do startu, změny směru pohybu a chybnou jemnou motoriku. Zkouška **stoj-chůze-sed** je test kdy pacient co nejrychleji vstane ze židle, ujde určitou šest metrů dlouhou vzdálenost, otočí se a vrátí se zpět na židli. Test **kroky – sekundy** spočívá ve změření času a spočítání počtu kroků, kdy vynásobením oběma čísly získáme výsledek míry bradykineze. Test **pronace – supinace** horních končetin je proveden tak, že pacient střídavě klepe o stehno dlaní a hřbetem ruky. Každou rukou zvlášť provede 20 cyklů střídání. Poslední zkouškou je test **obratnosti prstů**, který je proveden tak, že pacient co nejrychleji ťuká palcem do ostatních prstů (RŮŽIČKA et al., 2004).

#### 1.4.2 L-DOPA TEST

Pacient, který se léčí s Parkinsonovou nemocí, užívá dopaminergní medikaci a velmi často se stává, že není jasné, zda má léčba efekt. U těchto nemocných provádíme L-DOPA test, který je proveden po 12 hodinách vysazené medikace, kdy se pacientův stav poměrně zhorší. Stav kdy se hybnost u pacienta zhorší, je individuální někdy se stav zhorší dříve než po 12 hodinách, jindy může přetrvat v dobrém stavu i 4 dny. Při vyšetření je nutno sledovat hybné zlepšení, nástupy diskineze a celkovou reakci na léčbu. Pokud je, motorický stav nemocného zlepšen o 25 % je výsledek testu pozitivní (RŮŽIČKA et al., 2004).

#### 1.4.3 APOMORFINOVÝ TEST

K potvrzení léčby Parkinsonovy choroby provádíme apomorfínový test, kdy je apomorfín agonistou dopaminu s přímým účinkem na receptory typu D1 a D2. Při aplikaci pod kůži má velmi rychlý nástup a silný účinek, proto je velmi příznivý pro testování dopaminergní odpovědi, kdy je u nemocných riziko zkreslení efektu L-DOPY při poruše vstřebávání. Před aplikací apomorfínu se nemocným dává premedikace formou domperidonu, jako prevence nežádoucích účinků (nauzea, hypotenze), které mohou nastat (RŮŽIČKA et al., 2004).

#### 1.4.4 ZOBRAZOVACÍ METODY

Mezi zobrazovací metody Parkinsonovy choroby můžeme zařadit **CT** – výpočetní tomografie nebo **MRI** – magnetickou rezonanci, **PET**- pozitronová emisní tomografie, při kterých můžeme vyloučit jiná onemocnění, u kterých jsou přítomny morfologické změny na mozku. U těchto vyšetření můžeme v časných

stádiích Parkinsonovy choroby naleznout určité nenápadné a nespecifické změny (RŮŽIČKA et al., 2004).

**DaTscan** patří mezi metody, které pomáhá určit diagnostiku Parkinsonovy nemoci. Při tomto vyšetření je podána radioaktivní látka, která se váže na nervové buňky produkující dopamin. Při tomto vyšetření je zobrazen úbytek těchto buněk (DUŠEK et al., 2013).

## 1.5 LÉČBA PARKINSONOVY CHOROBY

Parkinsonovou nemoc nelze vyléčit, lze však dlouhodobě potlačit příznaky onemocnění. Cílem léčby je oddálení pozdních komplikací nemoci a zlepšení kvality života nemocného. Doba, kdy je pacient soběstačný ovlivňuje hlavně medikace onemocnění, která závisí na individuální stránce nemocného s ohledem na věk, celkový stav, pracovní a sociální okolnosti či stádium onemocnění. Léčbou není jen farmakoterapie, ale také fyzioterapie, léčebná péče, psychická podpora nemocného a v pozdních stádiích přistupujeme k neurochirurgické léčbě. Léčbu zahájíme v době, kdy příznaky onemocnění omezují nemocného jak po sociální tak po pracovní stránce. Parkinsonovu chorobu léčíme tzv. antiparkinsoniky, která obsahují levodopu (RŮŽIČKA et al., 2004).

### 1.5.1 FARMAKOTERAPIE

Antiparkinsonika dělíme do tří základních skupin. Jako první máme **léky základní, které nahrazují chybějící dopamin**. Mezi ně řadíme levodopu a agonisty dopaminu. **Přídavné léky, které mění metabolismus levodopy a dopaminu, nebo působí na systémy nervových přenašečů**, jsou skupinou druhou. Zástupci této skupiny jsou inhibitory MAO – B (monoaminoxidáza typu B) – selegilin, inhibitory COMT (katechol – O – methyltransferázy) – tolkapon, amantadin, anticholinergika. Poslední skupinou antiparkinsonik jsou **pomocné léky ovlivňující komplikace a vedlejší příznaky**, sem můžeme zařadit domperidon, antidepresiva, anxiolytika, sedativa, hypnotika, atypická neuroleptika atd. (ROTH et al., 2009).

**Levodopa (L-DOPA)** patří mezi nejúčinnější léky na léčbu Parkinsonovy nemoci. Při onemocnění dochází k nedostatku dopaminu v centrálním nervovém systému, a proto je důležité nahrazení dopaminu medikamenty. Levodopa se vyskytuje v těle člověka přirozeně a působením enzymu dopa-dekarboxylázy na ni vzniká dopamin, který nedokáže prostoupit hematoencefalickou bariérou. Proto se levodopa

kombinuje s látkami, které brání tvorbě dopaminu na periférii (BEDNAŘÍK et al., 2010); (ROTH et al., 2009).

Lék se užívá třicet až šedesát minut před jídlem nebo po jídle z důvodu aminokyselin, které jsou přítomny v potravě. Většina pacientů levodopu dobře snáší, avšak je riziko vedlejších účinků formou nevolnosti, zvracení, kolísání krevního tlaku nebo také srdeční arytmie (REKTOR, 2009); (ROTH et al., 2009).

Léčba levodopou u nemocných běžně začíná na 50mg jedenkrát denně. Dávka léku je upravena individuálně na stádiu onemocnění, nejčastěji však pacienti berou léky čtyřikrát denně v pravidelných intervalech, kdy můžeme dosáhnout až na 1000mg za dvacet čtyři hodin. Jako kontrolu vedeme u pacienta Parkinsonský deník, ve kterém sledujeme časové rozmezí diskinezií, třesu a ztuhlosti po užití léků (REKTOR, 2009); (RŮŽIČKA et al., 2004).

Nejčastěji u pacientů s Parkinsonovou chorobou podáváme medikaci formou léků, mezi které řadíme např. Isicom 100 mg, Isicom 250 mg, Nakom mite, Nakom, Madopar 250 mg (RŮŽIČKA et al., 2004).

**Agonisté dopaminu** jsou látky, které stimulují dopaminergní receptory obdobně jako dopamin. Jsou podávány v časném stádiu onemocnění nebo v pokročilejších stádiích v kombinaci s levodopou. V časných stádiích snižují výskyt pozdních komplikací a oddaluje léčbu levodopou. Mezi zástupce můžeme zařadit např. Mirapexin nebo Requip. Při podání této medikace bychom si měli dávat pozor na kontraindikace, které se mohou vyskytnout u nemocných v pokročilých stádiích onemocnění, kdy se mohou objevit otoky dolních končetin, poruchy spánku během dne, usnutí při běžné činnosti nebo projevy deprese či demence (BEDNAŘÍK et al., 2010); (ROTH et al., 2009); (RŮŽIČKA, 2009).

## **1.5.2 REHABILITACE A AKTIVIZACE PACINETŮ S PARKINSONOVOU CHOROBU**

Fyzioterapie je nedílnou součástí léčby u lidí s Parkinsonovou nemocí, kdy pacientům pomáhá zlepšit pozitivní vztah k aktivnímu pohybu. Fyzická aktivita se přizpůsobuje každému nemocnému individuálně dle stádia onemocnění a možností pacienta. Cílem rehabilitační péče je co nejlepší kvalita života nemocného. Rehabilitace nemocného provádí odborný fyzioterapeut po celou dobu léčby, který

dohlíží, aby pacient cvičil pravidelně a nepřestával se hýbat (DUŠEK et al., 2013); (REKTOR, 2009).

Zlepšení kvality života nemocného je základním cílem fyzioterapie a proto můžeme cvičit s nemocným ve všech stádiích onemocnění. Při pravidelném cvičení s nemocným můžeme dosáhnout výsledků, a to zejména ve zvýšení soběstačnosti postarat se sám o sebe, bezpečnost v běžných denních aktivitách, zlepšení dýchání či v celkové fyzické kondici. Fyzioterapii můžeme rozdělit do třech fází dle stádia nemoci (HOSKOVCOVÁ, 2010).

V časně fázi mají pacienti slabé příznaky onemocnění v podobě lehkého třesu, bolesti zad, těžkých a ztuhlých končetin nebo poruchy spánku. Proto se cvičení zaměřuje na lepší výkonnost kardiovaskulárního systému, posílení svalstva, správné držení těla a pravidelné dýchání. V této fázi onemocnění se můžeme u pacientů setkat ze strachu z pádu kvůli svalové slabosti, a proto se zaměřujeme na cviky pro zlepšení stability a pocitu jistoty např. při chůzi, otočkách nebo překonávání překážek (DUŠEK et al., 2013).

Ve střední fázi onemocnění se zesilují příznaky onemocnění a objevují se další. V této fázi se můžeme setkat s vadným držením těla, poruchou funkčnosti horních končetin, zvýšeným svalovým napětím, zvýšenou poruchou stability a chůze nebo se zvýšeným rizikem pádu. Vadné držení těla, které je charakteristické pro Parkinsonovu chorobu způsobuje bolesti v oblasti krční a bederní páteře, a proto jsou pacienti náchylnější k pádům. Při tomto držením těla dochází k povrchovému dýchání, kdy se pacienti zadýchávají při malém pohybu nebo při běžné denní aktivitě a výsledkem toho se často objevují nemoci dýchacího ústrojí. Dále se objevují poruchy hybnosti horních končetin v podobě úchopů a manipulací s věcmi při běžných denních činnostech např. v oblékání nebo zapínání knoflíků. Tyto činnosti s nemocným cvičí ergoterapeut, který pacientům doporučí i pomůcky, které mohou velmi ulehčit danou činnost. U poruch rovnováhy, fyzioterapeut s pacientem cvičí balanční cvičení na pevných podložkách, později na nestabilních místech, kdy základním cvikem je chůze přes různé překážky (DUŠEK et al., 2013).

Zhoršení všech příznaků nemoci dochází v pozdní fázi, kdy dochází až k upoutání nemocného na lůžko. Velkou pozornost věnujeme udržení pohyblivosti nemocného, a tak zabránění vzniku komplikací v podobě vzniku proleženin nebo

nemocí dýchacího systému. Pacienti v tomto stádiu jsou slabí, unavení a nemají náladu na cvičení, a proto doporučíme alespoň menší aktivity jako třeba procházka na nákup, plavání, jóga, pilates nebo golf. Pokud se nemocný nedokáže k pohybu donutit sám, je lepší mu doporučit skupinové cvičení. Nemocnému je třeba doporučit ergoterapii, kdy mu odborní pracovníci přizpůsobí domácí prostředí vzhledem k jeho onemocnění (DUŠEK et al., 2013); (HOSKOVCOVÁ, 2010).

### 1.5.3 NEUROCHIRURGICKÁ LÉČBA

U Parkinsonovy choroby je prvotní farmakologická léčba, z důvodu velkého zásahu do činnosti mozku. Mezi nejčastější zákroky řadíme **stereotaxi**, která nám pomocí zobrazovacích metod umožňuje přesně zaměřit hluboké mozkové struktury. Zárok se provádí pouze v místní anestezii, kdy po zaměření se okruh mezi bazální ganglii přeruší. Zárok spočívá v navrtání malého otvoru do lebky, kterým protáhneme tenkou elektrodu, která má rozehřátý konec k určenému místu, kde poškodí vybranou nervovou strukturu. Ke zmírnění třesu, zlepšení bradykineze, rigidity a ke zlepšení motorické hybnosti dojde z důvodu přerušení v thalamu.

Pomocí gama nože provádíme zárok tzv. **gama-lézi**, při kterém neprovádíme návrt do lebky. Při zákroku dochází k stereotaktickému záření, pomocí kterého dochází k radionekróze části mozkové tkáně.

**Hluboká mozková stimulace** je jednou z nejčastějších a šetrných metod prováděných u Parkinsonovy choroby s menším rizikem vzniku komplikací. Při tomto zákroku se do mozku zavádí elektroda, která vysílá signál o frekvenci 100 Hz a ten vychází ze stimulátoru, který je implantován v podkoží na hrudníku. Subthalamické jádro je stimulováno, a tak dochází k potlačení třesu, bradykineze a rigidity. Výsledkem stimulace můžeme snížit dávky lék (ROTH et al., 2009); (RŮŽIČKA et al., 2004).

### 1.5.4 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ A DOPLŇKOVÁ LÉČBA U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Lidé, kteří se léčí s Parkinsonovou chorobou, řeší během průběhu onemocnění mnoho problémů a omezení. Zpočátku pacienti chodí každého půl roku na pravidelné kontroly. Později, kdy je, nemoc více rozvinutá chodí k lékaři častěji. Léčba u Parkinsonovy choroby je velmi individuální a u každého nemocného se přihlíží

na věk, celkový stav, aktivitu nemocného a tíhu postižení. Při léčbě je proto velmi důležité pravidelné užívání léků v časových intervalech, aby nemocný byl schopen vstát, kdy je ve stavu „off“ a vykonávat běžné denní aktivity. Ráno po probuzení je pacient ztuhlý, a proto je důležité pravidelné cvičení s automatizací cviků. Důležitý je také pitný režim, který napomáhá nemocným, co mají sucho v ústech a poruchu polykání. Stravu upravíme dle potřeb nemocného, podle stádia onemocnění. V pozdních stádiích nemocnému upravíme dietu na mletou, nebo podáváme sipping. Z důvodu aspirace je velmi důležité nemocného udržovat ve vzpřímené poloze (ROTH et al., 2009); (SCHWARZ, 2008).

**Lázeňská péče** se doporučuje nemocným s mírných až středně těžkým postižením. Mezi časté lázeňské terapie v oblasti PN se využívá balneoterapie, která je charakteristická perličkovými a uhličitými koupelemi, vířivné lázně, fyzikální terapie – masáže, pitné léčby a skupinová či individuální pohybová cvičení. Během dne nemocní chodí na procházky a dále jsou součástí terapie zahrnuté společenské večery, kdy mohou sledovat divadelní představení nebo taneční zábavu. Kontraindikací pro lázeňskou léčbu jsou pacienti v pokročilých stádiích onemocnění, kdy mohou být imobilní nebo jsou postiženi velkými psychickými změnami. Lázeňskou léčbu nemocní mohou podstoupit např. v Klimkovicích, Dubí, Luhačovicích, Vrážci nebo v Mariánských lázních. Od roku 2015 má nemocný nárok na lázeňskou léčbu jedenkrát za dva roky (ROTH, 2009); (PARKINSON-HELP, 2017); (RŮŽIČKA et al., 2004).

## 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Pacienti léčení s Parkinsonovou chorobou jsou nejčastěji hospitalizováni na neurologickém oddělení. Péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou je velmi náročná, a proto věnujeme velkou pozornost ošetrovatelské péči u nemocných. Základním mezníkem v této péči, je péče o fyziologické potřeby, které mají vliv na celkové chování a jednání člověka, ale také o psychické potřeby (TOMAGOVÁ et al., 2008).

V první řadě se zaměříme na **stravu** nemocného. Příznaky zácpy, kterou dříve nebo později pociťuje téměř každý nemocný s PN, zmírní dostatečný příjem neslazených tekutin nebo také potraviny bohaté na vlákninu. Do jídelníčku se snažíme zařadit švestky, povidla, zakysané mléčné výrobky, teplé nápoje po ránu, celozrnné pečivo, dostatek ovoce a zeleniny. Jídlo se snažíme rozdělit do pěti až šesti denních dávek (tři hlavní jídla a dvě svačiny, případně druhá večeře). Denně podáváme ovoce a zeleninu. Do jídelníčku zařadíme luštěniny, celozrnné pečivo, kroupy, rýži, cizrnu (vláknina je přirozené probiotikum). Důležité jsou v jídelníčku ryby 1x až 2x týdně. Dodržovat pitný režim 2 - 2,5 l neslazených tekutin. Pacienti s Parkinsonovou nemocí mají až čtyřikrát větší riziko úbytku hmotnosti a vzniku podvýživy. Proto je velmi důležité pravidelně kontrolovat hmotnost pacientů. U většiny nemocných dochází k poruše polykání, a proto by měl nemocný při jídle sedět vzpřímeně. Vypitím sklenice studené vody může usnadnit průběh polykání, avšak z důvodu třesu nemocnému dáváme pití v uzavřené sklenici s brčkem. Jídlo nemocnému podáváme v hlubokém talíři se lžící. Dále může nemocný trpět suchostí v ústech a tak ho povzbuzujeme v neustálém popíjení tekutin. V pozdních stádiích má nemocný poruchy kousání a polykání, a proto bychom měli věnovat pozornost změně diety na mletou stravu popř. sipping. V těžkých případech, kdy nemocný není schopen jíst, zvažujeme zavedení sondy (SCHWARZ, 2008); (DOSTÁL, CHVÍSTKOVÁ, 2010).

Pacienti, kteří užívají levodopu musí léky užívat zhruba půl hodiny až hodinu před jídlem nebo po jídle. Pokud pacient užije léky současně s jídlem, které obsahují velké množství bílkovin, tak se látka špatně vstřebává. Při pravidelném užívání

léku, je důležité dodržet časový režim a brát je v pravidelných intervalech (ROTH et al., 2009).

V oblasti **vyprazdňování** stolice musíme u nemocných dbát na prevenci obstipace. Proto musíme zařídit stravu bohatou na vlákninu a dbát na zvýšený příjem tekutin. Všeobecná sestra zaznamenává bilanci tekutin, abychom měli přehled o příjmu tekutin u nemocného. Na podporu správné funkce střev podáváme preventivně pacientovi probiotika a až s přetrvávající obstipací můžeme aplikovat čípek nebo klyzma. Další ošetrovatelskou péčí věnujeme močení u nemocného. Při užívání Levodopy může být moč až tmavě hnědá, proto věnujeme velkou pozornost sledování barvy moče, zápachu a příměsí. Pokud zaznamenáme inkontinenci u nemocného, ihned informujeme lékaře. Na podkladě ordinace podáváme medikaci formou antidiuretik, nebo nemocnému zavedeme permanentní močový katétr (TRACHTOVÁ et al., 2018); (DOSTÁL, CHVÍSTKOVÁ, 2010).

Dále bychom měli věnovat velkou pozornost **spánku** u nemocných s Parkinsonovou chorobou, protože se velmi brzy budí a během dne jsou ihned unavení. Nemocný, který trpí na poruchy spánku, může léčba zlepšit kvalitu života. Dále je u pacientů velmi důležitá aktivizace během dne ať už formou fyzioterapie nebo skupinovým cvičením. Pacientům s Parkinsonovou chorobou můžeme usnadnit pohyb na lůžku kompenzačními pomůckami např. hrazdičkou, madlem nebo žebříčkem. Vždy nemocným přikládáme signalizační zařízení na viditelné místo (FALUDI et al., 2015); (ROTH et al., 2009); (BONNET a HERGUETA, 2012).

Při **oblékání** máme u nemocného určitá specifika, která bychom měli dodržet. Pokud se chce pacient obléci, měli bychom medikaci podat těsně před tím, aby byla účinná. Dále bychom měli rodině říci, aby pacientovi nenosila košile či kalhoty s knoflíky, jelikož má nemocný zhoršenou jemnou motoriku, která způsobuje potíže se zapínáním a radši je nahradila suchými zipy. Rozepínání a zapínání u mikiny nebo bundy můžeme pacientovi ulehčit pomocí kroužku na zipu. Nejvhodnější obuv pro nemocné jsou boty bez tkaniček a na suchý zip (SCHWARZ, 2008).

**Osobní hygiena** je pro nemocného velmi náročná z důvodu třesu či ztuhlosti, a proto ji obvykle sám nezvládne. Dopomoc obvykle potřebuje při česání, mytí obličeje, koupání či sprchování. Proto si nejprve připravíme vhodné pomůcky k hygieně a poté si pacienta přivedeme do koupelny. V případě že je pacient



schopný dojít sám, nabídneme mu alespoň dopomoc, protože nesmíme zapomenout na fakt, že pacient na místě „ztuhne“ přestože byl před chvílí v dobrém stavu hybnosti. V takovém případě musíme mít po ruce připravenou sedačku, kde počkáme, až se hybný stav pacienta opět urovná. Při mytí je vhodné pacientovi vyrobit mýdlo na provázku, které zavěsíme na krk a tak má nemocný mýdlo neustále po ruce a nespadne na zem. Vzhledem k tomu že nemocný s Parkinsonovou chorobou mají špatnou jemnou motoriku, tak se mohou vyskytnout problémy s manipulací se zubním kartáčkem. Proto je dobré doporučit používání elektrického kartáčku. Totéž se doporučuje i pro holící elektrické strojky (MACHÁČKOVÁ, KOTTOVÁ, 2009); (ROTH et al., 2009).

Pokud je pacient propuštěn do domácího prostředí je nutná úprava **prostředí bytu**. Úpravy domácího prostředí by měly nemocnému usnadnit pohyb a předejít k následným komplikacím např. pádu. Proto bychom měli nábytek uspořádat tak, aby se vytvořil volný průchod pro nemocného, ale zároveň ho dát na taková místa aby byl během chůze snadno dostupný. Nedoporučuje se používání kusových kobereců, je dobré mít dobře osvětlený byt a odstranit ze dveří prahy. Pokud dochází u nemocného k častým pádům je nutné na ostré hrany nalepit krytky. Věci, které nemocný používá ke každodenní potřebě, uložíme tak, aby je měl v úrovni mezi pasem a výškou očí. Zábradlí na schodišti a na chodbách umožní nemocnému jednodušší pohyb. Do sprchového koutu je velmi důležité pořídit sedátko a madla, která usnadní pohyb při mytí (ROTH et al., 2009); (SCHWARZ, 2008).

### **3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES**

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Je zaměřen na uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny nebo společnosti. Nepřetržité vyhodnocování, posuzování potřeb a problémů nemocného je výsledkem schopné ošetřovatelské péče o nemocného, a také zvyšování dovedností či odbornosti sestry. Dále do ošetřovatelského procesu patří plán ošetřovatelských intervencí, které zabraňují opakovaným žádostem informací od pacienta, proto je velmi důležité mít plán dobře napsaný. Kromě toho ošetřovatelský proces umožňuje pacientovi rozvíjet své dovednosti v péči o sebe a ostatním členům ošetřovatelského týmu komunikaci mezi sebou. Systematické hodnocení, plánování a uspokojování potřeb nemocného je charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství. Prostřednictvím ošetřovatelského procesu se realizuje uspokojování potřeb nemocného (TRACHTOVÁ et al., 2018); (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

#### **3.1 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU**

Ošetřovatelský proces je poskytování ošetřovatelské péče, jehož cílem je zhodnocení stavu nemocného. Je to systematická a racionální metoda plánování. Pomocí ošetřovatelského procesu stavujeme plány pro splnění stanovených cílů, dále nám napomáhá s poskytnutím ošetřovatelských intervencí a zhodnocení. Jeho složky se cyklicky opakují za sebou v logickém pořadí. Skládá se z 5 kroků: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Tyto kroky se překrývají, tudíž nejsou samostatné jednotky. Všechny kroky spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují, proto je velmi důležité správně stanovit ošetřovatelskou diagnózu, aby byl správně celý ošetřovatelský proces. Při nedostatečných informacích špatně určíme ošetřovatelskou diagnózu, a to se projeví i v plánování, realizaci a hodnocení. U každého pacienta určíme individuální ošetřovatelský plán, realizaci a hodnocení. Na ošetřovatelském procesu spolupracuje sestra s pacientem od prvního po poslední krok, kdy společně hledají řešení na uspokojení potřeb a eliminaci problémů. Ošetřovatelský proces je rámcem pro poskytování ošetřovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních. Máme 2 typy procesu a to medicínský proces a ošetřovatelský proces. Medicínský

proces zahrnuje vyšetření pacienta, stanovuje medicínskou diagnózu, léčbu a vyhodnocení léčby. Cílem medicínského procesu je patologie. V ošetrovatelském procesu se zaměřujeme na sběr a analýzu údajů o pacientovi. Dále určujeme stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování, realizaci a hodnocení výsledků. Cílem ošetrovatelského procesu je odpověď pacienta na onemocnění (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

**Posuzování** je prvním krokem ošetrovatelského procesu, kde zjišťujeme prvotní údaje o zdravotním stavu pacienta. Je záměrný a systematický proces, kterým získáváme anamnestické údaje nejen při přijetí nemocného, ale i během hospitalizace. Během posuzování získá sestra všechny informace potřebné pro ošetrovatelskou péči. Údaje o nemocném získá sestra od pacienta či doprovázené osoby, při neúspěchu může informace získat z dokumentace nebo také od ostatních zdravotnických pracovníků. Údaje od nemocného mohou být objektivní či subjektivní. Do subjektivních údajů zahrnujeme informace, které pociťuje sám nemocný. Do objektivních zase zahrnujeme údaje, které na pacientovi zjišťuje druhá osoba a je možno je vidět. Informace můžeme získávat pomocí Rozhovoru, pozorování nebo fyzikálního vyšetření sestrou (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011); (TRACHTOVÁ et al., 2018).

Cílem **diagnostiky** je zhodnocení pacientových potřeb, problémů a formulace ošetrovatelské diagnózy. Diagnózu můžeme charakterizovat jako závěr, který je možný vykonat pouze po pečlivém a důkladném sběru informací od nemocného. Za formulaci ošetrovatelských diagnóz berou odpovědnost sestry. Do ošetrovatelských diagnóz můžeme zahrnout skutečné zdravotní problémy, potenciaální zdravotní problémy, které mohou nastat a obohacení osobního růstu v podobě dodržování zdravého životního stylu. Sestry nejsou kompetentní za léčbu onemocnění, ale mohou diagnostikovat např. nedostatek vědomostí o nemoci. V diagnostickém procesu zpracováváme a třídíme údaje, hodnotíme zdravotní problémy a formulujeme ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelskou diagnózu určujeme pomocí tří složek: problém (P), etiologie (E), symptom (S), která je typická pro aktuální problémy pacienta (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

Podstatou pro formulaci cílu, stanovení výsledných kritérií a psaní plánu ošetrovatelských intervencí je **plánování**. Zahrnuje činnosti, které sestra s pacientem určí jako priority, formulaci cílu, kterého chce nemocný dosáhnout, a psaní plánu

ošetřovatelských intervencí, které zmenší či odstraní problémy pacienta. Ve vzájemné spolupráci s nemocným sestra stanovuje ošetřovatelskou diagnózu (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

Cílem **realizace** je vykonání naplánovaných ošetřovatelských intervencí, které pomůžou pacientovi dosáhnout stanovené cíle. Dále musíme poznamenat kdy, a jak byly ošetřovatelské zásahy vykonané (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

Posledním krokem ošetřovatelského procesu je **hodnocení**, kdy určujeme rozsah dosažení stanovených cílů. Cíle pak sestra zjišťuje sestra, do jaké míry byly vykonány, zda úplně, částečně nebo vůbec, kdy se musí zjistit příčina a následně změnit všechny kroky ošetřovatelského procesu (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Ošetrovatelský proces bude tvořen u pacientky, která byla přijata na neurologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc s Parkinsonovou nemocí s rozvojem od roku 1998, ve stádiu pozdních hybných komplikací pro zhoršení stavu charakteru zhoršení dyskinéz. V anamnéze nejsou uvedena jména, příjmení, adresy a rodné číslo z důvodu ochrany osobních údajů. Informace byly čerpány z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, nemocničního informačního systému a formou pozorování. V praktické části jsou pozměněny identifikační údaje a časová data z důvodu dodržení díkce platné legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

**Popis případu:** Žena ve věku 77 let, opakované hospitalizace pro zhoršení stavu Parkinsonovy nemoci s rozvojem od roku 1998. Poslední hospitalizace 7.1. 2019. Nyní přivezena RZP pro celkové zhoršení stavu, dle parere: žena cca týden po úpravě medikace pro Parkinsonovu nemoc, nyní výrazné zhoršení stavu, agitovanost, nekontrolovatelné pohyby, pacientka opocená, schvácená, hypotenze, tachykardie.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> XY	<b>Datum narození:</b> 0.0.1942
<b>Rodné číslo:</b> 123456/7890	<b>Věk:</b> 77 let
<b>Pohlaví:</b> žena	<b>Bydliště:</b> Olomouc
<b>Zaměstnání:</b> starobní důchod	<b>Vzdělání:</b> středoškolské s maturitou
<b>Národnost:</b> česká	<b>Státní občanství:</b> ČR
<b>Stav:</b> vdaná	<b>Telefon:</b> 123456789
<b>Datum příjmu:</b> 15.3.2019	<b>Čas příjmu:</b> 16:58
<b>Typ přijetí:</b> akutní	<b>Účel příjmu:</b> léčebný
<b>Oddělení:</b> Neurologické oddělení 31A	<b>Přijal:</b> MUDr. S.K.
<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. V.S.	<b>Praktický lékař:</b> MUDr. P.J.

**Informovaný souhlas k léčbě:** Pacientka podepsala

**Hlavní medicínská diagnóza:** Parkinsonova nemoc

**Vedlejší medicínské diagnózy:** Osteoporóza, Depresivní syndrom, Hyperlipidémie, Hypothyreóza, Stav po implantaci totální endoprotézy obou kyčlí

**Důvod příjmu udávaný pacientkou:** „Od rána se mi zhoršil můj zdravotní stav a mám více záškubů“

**Vitální funkce při příjmu pacienta k hospitalizaci 15.3.2019**

<b>TK:</b> 100/57 mmHg	<b>Výška:</b> 162cm
<b>P:</b> 98/min	<b>Hmotnost:</b> 47kg
<b>D:</b> 18/min SpO <sub>2</sub>	<b>BMI:</b> 17,5
<b>TT:</b> 36,2 °C	<b>Pohyblivost:</b> omezena
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí, orientovaná, spolupracující	<b>Krevní skupina a Rh faktor:</b> B+

Pacientka souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byla dostatečně a srozumitelně informována o jejím zdravotním stavu, postupně navrhovaného způsobu vyšetření či lékařských výkonů, i o výsledku možných komplikací spojených s vyšetřením.

**Zdroj informací:** lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace

**Nynější onemocnění:** 77letá pacientka s Parkinsonovou nemocí s rozvojem od roku 1998, přivezena RZP na OUP s následnou hospitalizací na neurologické klinice na oddělení 31A ve FN Olomouc pro zhoršení stavu charakteru zhoršení dyskinéz. Od rána nově generalizované dyskinetické pohyby.

**Informační zdroje:** Ošetrovatelská dokumentace, lékařská dokumentace, nemocniční informační systém a fyzikální vyšetření.

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 75 letech na IM, Matka zemřela v 78 letech na Ca GIT, Bratr zemřel v 75 letech, léčil se pro PN, děti – 2 synové – zdraví.

### Osobní anamnéza

*Překonané a chronické onemocnění:* běžné dětské nemoci – plané neštovice, nyní Parkinsonova nemoc s rozvojem od roku 1998, ve fázi pozdních hybných komplikací, Osteoporóza, Depresivní syndrom, Hypothyreóza.

*Hospitalizace:* opakované hospitalizace pro zhoršení stavu Parkinsonovy nemoci ve stádiu pozdních hybných komplikací.

*Úrazy:* st.p. fraktury colli femoris po pádu v roce 2002.

*Transfúze:* 4x EBR v roce 2002.

*Očkování:* pouze povinná očkování.

### Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Asentra	tbl.	50mg	1-1-0	Antidepresiva
Cezera	tbl.	5mg	1-0-0	Antihistaminika
Godasal	tbl.	100mg	0-1-0	Antikoagulancia
Helicid	tbl.	20mg	1-0-0	Inhibitory protonové pumpy
Isicom	tbl.	250mg/25mg	1-1-1	Antiparkinsonika
Madopar	tbl.	250mg	0-0-0-1	Antiparkinsonika
Kalium chloratum	tbl.	500mg	0-1-0	Minerální doplněk
Fraxiparine multi	inj.	0,3ml	0-0-1	Antikoagulancia
Hedonin	tbl.	25mg	0-0-0-1	Antipsychotika

### **Alergologická anamnéza**

*Léky:* neguje

*Potraviny:* neguje

Chemické látky: náplast

### **Abúzy**

*Alkohol:* nepije

*Kouření:* nekouří

*Káva:* 1x denně černá káva

*Jiné návykové látky:* neužívá

### **Gynekologická anamnéza**

*Menarché:* od 14 let

*Cyklus:* pravidelný

*Těhotenství:* 2x

*Abortus:* 0

*Umělé přerušeni těhotenství:* 0

*Porody:* 2x spontánně, záhlavím

*Antikoncepce:* neguje

*Menopauza:* od 54 let

*Potíže klimakteria:* neguje

### **Sociální anamnéza**

*Stav:* vdaná

*Bytové podmínky:* Bydlí s manželem ve společné domácnosti

*Vztahy, role a interakce v rodině:* bydlí s manželem, s dětmi se setkává pravidelně



## Pracovní anamnéza

*Vzdělání:* středoškolské s maturitou

*Pracovní zařazení:* nyní ve starobním důchodu, dříve pracovala jako účetní

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 16.3.2019

Popis fyzického stavu – Fyzikální assessment		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
<b>Hlava a krk</b>	„Hlava mě nebolí.“ „Slyším dobře na svůj věk, a brýle nosím pouze na čtení.“	Hlava normocefalická, pokleповě a palpačně nebolestivá, bez zevních známek poranění, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, volně pohyblivé všemi směry, skléry bílé, spojivky prokrvené. Nos, uši a ústa bez výtoku. Dutina ústní klidná, suchá, bez meningeálního dráždění, jazyk bez povlaku, vlhký, plazí středem. Krk souměrný, volně pohyblivý. Pulzace karotid symetrická, uzliny a štítná žláza nehmatná
<b>Hrudník a respirační systém</b>	„S dýcháním problém nemám, ale zadýchávám se při velké námaze, třeba do schodů.“	Souměrný, pevný, bez krepitace. Poslechově čisté sklípkové dýchání, bez vedlejších fenoménů. zdvih symetrický, komprese v obou osách nebolestivý. AS pravidelná, ozvy

		ohraničené, bez šelestů. Počet dechů 17/minutu, saturace bez kyslíku 98%.
<b>Kardiovaskulární systém</b>	„Se srdcem se neléčím a nemám s ním žádné potíže, jen mě teď trápí nízký tlak.“	Akce srdeční pravidelná, sinusový rytmus, frekvence 74/minutu. Ozvy ohraničené, pulz hmatný. Krevní tlak 117/65. Dolní končetiny prokrvené bez ischemických změn a otoků, pulzace hmatná. Horní končetiny v pořádku s pulzací a bez otoků.
<b>Břicho a gastrointestinální trakt</b>	„Břicho mě nebolí, na stolici chodím pravidelně každý den, takže žádné potíže nemám.“ „Občas mám problémy s polykáním“	Břicho v nivěu, bez stigmatu, palpačně nebolestivé, měkké, prohmatné, bez rezistence. Slezina nenaráží, peristaltika slyšitelná. Stolice pravidelná, bez patologických příměsí, poslední dnes ráno. Občasná dysfágie.
<b>Urogenitální systém</b>	„Chodím častěji na wc, ale vzhledem k mému věku je to snesitelné. Jinak problém s močením nemám.“	Genitál ženský – bez patologie. Dnes 2. den zavedený PMK o průměru 16mm. Moč čirá, jantarově žlutá, zapáchající. Sledování bilance tekutin 2650/2400.
<b>Muskuloskeletární systém</b>	„Dříve než se mi nemoc zhoršila tak jsem chodila pravidelně na zahrádku, ale	Páteř bez zjevného traumatu, palpačně nebolestivá. Pánev

	ted' když ležím a moc se nepohybuju tak mě bolí záda.“	palpačně nebolestivá, bez patologického pohybu či krepitace. Horní končetiny asymetrické flekční postavení, bez hematomů či deformit, pulzace do periferie hmatná. Dolní končetiny symetrické, bez hematomů, bez otoků, bez známek TEN, hyporeflexie, Mingazziniho příznak pozitivní.
<b>Nervový systém a smysly</b>	„Nosím pouze brýle na čtení, se sluchem problém nemám.“	Pacientka je při vědomí, spolupracuje, orientovaná místem, časem i osobou. Přítomna hypomimie, dystonické projevy v obličeji.
<b>Endokrinní systém</b>	„S cukrovkou jsem nikdy problém neměla a se štítnou žlázou taky ne.“	Štítná žláza nehmatná, hladina glykémie v normě, aktuální hodnota 4,9 mmol/l.
<b>Imunitní systém</b>	„Alergická jsem jen na náplast, jinak na potraviny ani léky zatím ne.“	Základní očkování, lymfatické uzliny nezvětšené, alergie pouze náplast, tělesná teplota 36,7°C.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„ Kůži jsem měla vždycky suchou, používám hydratační krémy, ale žádný ekzém jsem nikdy neměla.“	Kůže bledá, suchá, tzv. papírová, kožní turgor v normě, hrozí riziko dekubitů, nutné polohování, okolí

		invazivních vstupů klidné, bez známek infekce. PŽK na hřbetu ruky 1.den. Na obou DKK zhojena jizva po operacích po TEP kyčlí. Nehty krátké, upravené.
--	--	---

### Poznámky z fyzikálního vyšetření

Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, spolupracuje. Má zavedený permanentní močový katétr o velikosti 16mm z důvodu pohybového omezení a částečné inkontinence. Dále má zavedený periferní žilní katétr ve hřbetu ruky, bez známek infekce. U pacientky je sledována bilance tekutin z důvodu nízkého krevního tlaku. Pacientka je momentálně upoutána na lůžko, hrozí riziko dekubitů, proto je každé 2 hodiny polohována.

### AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA PACIENTA

OBLAST ZÁJMU:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
<b>Výživa a hydratace</b>	„Nikdy jsem diety nedržela, vždycky jsem jedla všechno, teď v mém věku s touto nemocí toho moc nesní a musím mít bezmléčnou dietu kvůli užívání léků. Nemám ani chuť k jídlu ale pravidelně piju nutridrink co mi doporučila nutriční.“	Výška 162cm, hmotnost 47kg, BMI: 17,5. Pacientka má podváhu. Dietu žádnou nedrží, za poslední 3 měsíce žádný výrazný váhový úbytek. Pravidelně popíjí nutridrink. Dieta č. 3B racionální bezmléčná, tekutiny per os i parenterálně, Ringerfundin 1000ml., příjem tekutin za posledních 24 hodin 2650ml.

<b>Vyprazdňování moče a stolice</b>	„Stolici mám pravidelně každý den, s močením problém nemám, jen chodím častěji, ale je to snesitelné vzhledem k mému věku.“	Stolice pravidelná, bez příměsí, normální konzistence, poslední byla dnes ráno 16.3.2019. Dnes má 2. den zavedený PMK pro sledování bilance tekutin, moč čirá, jantarové žlutá, zapáchající, výdej za 24 hodin 2400ml.
<b>Spánek a bdění</b>	„Doma se mi po práškách spí dobře, jen mě budí ten třes. Občas se vzbudím na wc, ale snažím se spát alespoň 6 hodin, i když to někdy nejde.“	Užívá hypnotikum – Hedonin 25mg na spaní pravidelně 22:30, problémy s usínáním z důvodu tremoru a nemocničního prostředí.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	„Snažím se cvičit sama na posteli, ale jde to těžce. Číst si nemůžu a luštit křížovky taky ne, nejde to.“	Pravidelné cvičení s fyzioterapeutem, nácvik chůze.
<b>Hygiena</b>	„Vždycky jsem se umýt nějak zvládla sama, když jsem neměla velký třes nebo nebyla ztuhlá, když jo manžel mi hodně pomáhal. Tady mi sestřičky pomáhají a jsem za to ráda.“	Hygienickou péči pacienta provádí personál 2x denně na lůžku. Pacientka je nesoběstačná, zvládá hygienu dutiny ústní. Kontrola predilekčních míst.
<b>Samostatnost</b>	„Do doby kdy jsem nebyla nemocná, jsem si vždy všechno udělala sama, bohužel od té doby co jsem onemocněla a začaly se mi	Pacientka je dle Bartelové testu na 24 bodů, kdy je vedena jako nesoběstačná. Riziko pádu na 4 body. Pacientka potřebuje

	třást ruce tak toho moc nezvládnou, proto jsem velmi ráda, že mi manžel se vším pomůže.“	dopomoc zdravotnického personálu v oblasti vyprazdňování, hygieny i oblékání.
--	--	---

## POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

OBLAST ZÁJMU:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
<b>Vědomí, orientace</b>	„Léčím se s Parkinsonem, teď jsem tady kvůli nízkému tlaku, a mírným bolestem zad.“	Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou.
<b>Nálada</b>	„Chodím sem pravidelně a vždycky jsou tady na mě všichni hodní, jak sestřičky, tak rehabilitační Pan Luboš, který mě vždycky dobře naladí a dobře se mnou cvičí.“	Pacientka má obavy jak znovu vstane a zkusí RHB chůzi v chodítku.
<b>Paměť</b>	„Pamatuju si zatím na všechno, snad. Hlavně na ty dobré vzpomínky vzpomínám ráda.“	Paměť je bez poruch. Vše si uvědomuje.
<b>Myšlení</b>	„Ráda jsem vždycky luštila křížovky na podporu myšlení, teď už to nezvládám tak se alespoň dívám na ty pořady v TV.“	Uvažování logické, myšlení v souvislostech.
<b>Temperament</b>	„Když se nad tím tak zamyslím, ráda si s vámi vykládám, protože jste milá, ale moc s lidmi nemluvím. Jen s těmi, kteří	Introvert.

	jsou mi sympatičtí.“	
<b>Sebehodnocení</b>	„Teď si toho sama moc neudělám, takže se cítím hodně bezmocná“	Přiměřené hodnocení.
<b>Vnímání zdraví a zdravotního stavu</b>	„Nikdy jsem neměla moc problémů vůči zdraví, od doby, kdy mi zjistili Parkinsona, se mi otočil život vzhůru nohama, ze začátku to nebylo tak těžké jak teď, někdy mám chuť se na všechno vykašlat, ale mám hodného manžela, který mi se vším pomůže.“	Pacientka je mírně depresivní vůči zhoršení zdravotního stavu.
<b>Adaptace na hospitalizaci a na onemocnění</b>	„Vždycky když jsem tady s vámi, je mi tady dobře, jak se ke mně chováte, jak mi pomáháte, ale vždycky jsem tu, když se mi zhorší můj zdravotní stav a to mi nedělá dobře. Spolupacientky vnímám, někdy tady mám milé paní, někdy ne.“	Pacientka pro opakované hospitalizace si na prostředí zvyká. Svůj zdravotní stav si uvědomuje a snaží se s ním vyrovnat.
<b>Projevy jistoty</b> (úzkost, strach, stres)	„Někdy mám strach z toho, jak dlouho tady ještě budu. Mám škaredou nemoc, která nejde vyléčit, a vím, že mi zase bude jen hůř. Jsem hrozně ráda za podporu mé rodiny, bez nich by to bylo daleko horší.“	Pacientka je mírně depresivní, má strach z prognózy svého onemocnění.

## POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

<p><b>Komunikace, informovanost</b></p>	<p>„Ráda si vykládám s lidmi, kteří jsou milí ke mně. Ohledně nemoci jsem měla vždy dostatek informací, jen teď nevím, co bude dál.“</p>	<p>Pacientka je mírně depresivní, komunikační schopnost dobrá, odpovídá jasně a zřetelně.</p>
<p><b>Sociální role a jejich ovlivnění změnou situace</b></p>	<p>„Jsem žena, je mi 77 let, žiju v bytě s manželem. Mám 2 zdravé děti, které jsou mi velkou oporou při mé nemoci. Rodiče mi umřeli. V nemocnici jsem teď velmi často, protože se mi nemoc zhoršuje.“</p>	<p>Pacientka, důchodkyně, je srovnaná se svou sociální rolí. Ekonomická situace neovlivňuje její zdravotní stav.</p>
<p><b>Spirituální stav</b></p>	<p>„Jsem věřící, ale do kostela nechodím pravidelně. Dříve jsme s manželem občas zašli. Pravidelně jsme ale chodili na Vánoce na půlnoční mši.“</p>	<p>Pacientka nemá zájem o návštěvu kaplana.</p>



## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ze dne 16.3.2019

### Ordinovaná vyšetření:

- Laboratorní vyšetření krve - biochemie, krevní obraz, koagulační screening, moč chemicky + sediment
- RTG S+P vleže
- Měření fyziologických funkcí (TK, P, TT, D, SpO<sub>2</sub>.)
- Měření bilance tekutin

### Zajištění invazivních vstupů:

- Permanentní močový katétr Folley velikost 16mm
- Periferní žilní katétr na hřbetu ruky

### Výsledky laboratorních hodnot:

**moč chemicky:** normální

**moč sediment:** ERY U:3, LEU U:1026, BAKT U: E-coli 10<sup>7</sup>/l, KVAS U:-, HLEN U:-

Biochemie	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty
<b>Krevní obraz</b>		<b>ve FN Olomouc</b>
Na	142 mmol/l	136 – 145 mmol/l
K	4,26 mmol/l	3,50 – 5,10 mmol/l
Cl	101 mmol/l	98 – 107 mmol/l
Urea	7,5 mmol/l	1,7 – 8,3 mmol/l
Kreatinin	47 umol/l	45 – 84 umol/l
ALT	0,14 ukat/l	0,10 – 0,78 ukat/l
AST	0,34 ukat/l	0,17 – 0,60 ukat/l
GGT	0,21 ukat/l	0,14 – 0,68 ukat/l
CRP	13,5 mg/l	0,0 – 5,0mg/l
Glukóza	4,9 mmol/l	3,0 – 5,6 mmol/l
Hemoglobin	125 g/l	120 – 160g/l
Hematokrit	0,31 ratio	0,35 – 0,47 ratio

Leukocyty	$3,79 \times 10^9/l$	$4,0 - 10,0 \times 10^9/l$
Erytrocyty	$3,17 \times 10^{12}/l$	$3,80 - 5,20 \times 10^{12}/l$
Trombocyty	$266 \times 10^9/l$	$150-400 \times 10^9/l$

<b>Koagulační screening</b>	<b>Naměřená hodnota</b>	<b>Referenční hodnoty ve FN Olomouc</b>
INR	1,27	0,8 – 1,2
Trombinový čas	14,3 s	8,4 – 13,6 s
aPTT	27,9 s	22,0 – 36,0 s

### **RTG srdce + plíce ze dne 16.3.2019**

Snímek výrazně vytočen pro nespolupráci při snímkování. Obě plicní křídla jsou bez známek PNO. Snížená transparence pravého hemithoraxu sumačně při vytočení snímku, jinak plicní parenchym senilní struktury bez jednoznačných čerstvých infiltrativních a ložiskových změn, bránice hladká, zevní úhly volné. Srdeční stín je přiměřený poloze, kalcifikace v oblouku aorty.

### **KONZERVATIVNÍ LÉČBA**

**Dieta:** 3B

**Pohybový režim:** neomezený

**Výživa:** 2x denně nutridrink

**Fyzioterapie:** Cviky na lůžku, nácvik chůze v chodítku

## MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Název léku	Forma	Množství	Dávkování	Skupina
Biseptol	tbl.	48mg	2-0-2	Cotrimoxazol
Asentra	tbl.	50mg	1-1-0	Antidepresiva
Cezera	tbl.	5mg	1-0-0	Antihistaminika
Godasal	tbl.	100mg	0-1-0	Antikoagulancia
Helicid	tbl.	20mg	1-0-0	Inhibitory protonové pumpy
Isicom	tbl.	250mg/25mg	6-12-18	Antiparkinsonika
Madopar	tbl.	250mg	0-0-0-24	Antiparkinsonika
Kalium chloratum	tbl.	500mg	0-1-0	Minerální doplňěk
Fraxiparine multi	inj.	0,3ml	0-0-1	Antikoagulancia
Hedonin	tbl.	25mg	0-0-0-1 denně ve 22:30	Antipsychotika
Ringerfundin	i.v.	1000ml	8-20	Infúzní roztok
Novalgin+100ml FR	i.v.	100ml	8	Analgetika
Tralgit 100mg+100ml FR	i.v.	100ml	18	Analgetika

## SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 16.3.2019

Pacientka ve věku 77 let, přivezena dne 15.3.2019 RZS na příjem urgentního oddělení, s následnou hospitalizací na neurologické klinice na oddělení 31A ve Fakultní nemocnici Olomouc pro celkové zhoršení stavu charakteru zhoršení dyskinéz. Pacientka je při vědomí, spolupracuje, orientována místem časem i osobou. Dýchání klidné, pravidelné 17 dechů/minutu. Saturace bez kyslíku 94%. Akce srdeční pravidelná, tachykardie, frekvence 98tepů/minutu, hypotenze 105/54mmHg. Tělesná teplota 36,6°C. Nauzeu nemá, nezvrací. Dnes druhý den 16.3.2019 zavedený permanentní močový katétr o velikosti 16mm. Moč je čirá, jantarově žlutá, mírně zapáchající. Stolice pravidelná, bez příměsí, normální konzistence, poslední byla dnes ráno 16.3.2019. Pacientka je nesoběstačná, nyní upoutána na lůžko. Test Bartelové denních činností je 24 bodů, kdy je pacientka vedena jako nesoběstačná. Riziko pádu na 4 body. Pacientka potřebuje pomoc v oblasti vyprazdňování, hygieny, stravování, pohybu a oblékání.

Pacientka udává chronické bolesti zad, proto podáváme analgetika v pravidelných intervalech 12 hodin. Pacientka ve stádiu pozdních hybných komplikací a pravidelně užívá 4x denně antiparkinsonika. Má zavedený PŽK ve hřbetu ruky 2. den bez známek infekce. Dnes 1. den podáván intravenózně Ringerfundin 1000ml ke zvýšení krevního tlaku a rehydrataci. Sledována bilance tekutin 2650ml/2400ml. Kožní integrita na predilekčním místech neporušená. Pacientka měří 162cm a váží 47kg, BMI: 17,5 – podváha. Dieta 3B racionální bezmléčná, pravidelně užívá 2x denně nutridrink. Pacientka je pravidelně polohována každé 2 hodiny zdravotnickým personálem. Pacientka užívá pravidelně každý den Hedonin 25mg tbl. ve 22:30. Pacientka je klidná, mírně depresivní, komunikační schopnost dobrá, odpovídá jasně a zřetelně.

Dnes bude pacientka provádět nácvik rehabilitace na lůžku s fyzioterapeutem.

## STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie 2015 – 2017.

*Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017.* 10. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazeny dle jejich priorit.

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

#### **1. Strach (00148)**

[Strach z důvodu prognózy onemocnění projevující se uzavřeností do sebe a mírnou depresí].

#### **2. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)**

[Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu atrofie svalstva projevující se neschopností chůze].

#### **3. Deficit sebepěče při koupání (00108)**

[Deficit sebepěče při koupání z důvodu omezené pohyblivosti projevující se neschopností sama se umýt].

#### **4. Deficit sebepěče při stravování (00102)**

[Deficit sebepěče při stravování z důvodu hypokineze a tremoru projevující se neschopnosti udržet lžici a dostatečně se sama najíst].

#### **5. Deficit sebepěče při vyprazdňování (00110)**

[Deficit sebepěče při vyprazdňování z důvodu spasticity projevující se neschopností se vyprázdnit].

#### **6. Nevyvážená výživa; méně než je potřeba organismu (00002)**

[Nevyvážená výživa; méně než je potřeba organismu z důvodu dysfágie projevující se malnutricí].

#### **7. Snížený objem tekutin [Dehydratace] (00027)**

[Snížený objem tekutin (Dehydratace) z důvodu tremoru projevující se suchostí sliznic].

#### **8. Porušené polykání (00103)**

[Porušené polykání z důvodu spasticity projevující se neschopností se najíst].

#### **9. Chronická bolest (00133)**

[Chronická bolest z důvodu spasticity projevující se verbalizací].

### **Potencionální diagnózy:**

**1. Riziko pádu (00155)**

[Riziko pádu z důvodu vysokého věku].

**2. Riziko infekce (00004)**

[Riziko infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů].

**3. Riziko dekubitů (00249)**

[Riziko dekubitů z důvodu omezené pohyblivosti].

**4. Riziko zácpy (00015)**

[Riziko zácpy z důvodu nedostatku vlákniny ve stravě, omezené pohyblivosti a nedostatku tekutin].

### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA:**

**1. Strach (00148)**

[Strach z důvodu prognózy onemocnění projevující se uzavřeností do sebe a mírnou depresí].

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

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

**Určující znaky:**

- Pociťuje strach

**Související faktory:**

- Stimuly navozující fobii (prognóza onemocnění)

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má dostatečné informace o průběhu svého onemocnění do 3 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka dokáže hovořit o svém strachu a zná vhodné relaxační techniky do 2 dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka má dostatečné informace o průběhu svého onemocnění do 3 hodin.

Pacientka aktivně využívá informace o Parkinsonově chorobě z informačních a edukačních materiálů do 2 hodin.

Pacientka se aktivně zapojuje do léčebného režimu do 1 hodiny.

Pacientka dokáže hovořit o svém strachu do 1 dne.

Pacientka zná vhodné relaxační techniky pro zvládnutí strachu do 1 dne.

Pacientka aktivně provádí relaxační techniky do 2 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zjistí příčiny strachu a zhodnotí míru strachu na základě rozhovoru s pacientem (všeobecná sestra).

Edukuj pacientku o průběhu ošetrovatelské péče Parkinsonovy choroby (všeobecná sestra).

Poskytni vhodné informační a edukační materiály o Parkinsonově chorobě (všeobecná sestra).

Edukuj pacientku o vhodných relaxačních technikách (všeobecná sestra).

Informuj o možnosti využití fyzioterapie (všeobecná sestra).

Zajisti pacientovi návštěvu rodiny (všeobecná sestra).

Edukuj pacientku o komplikacích při nespolupráci v ošetrovatelském procesu (všeobecná sestra).

Nabídní pacientce intervenci nemocničního kaplana nebo klinického psychologa (všeobecná sestra).

**Realizace ze dne 16.3.2019**

<b>6:00</b>	Oslovení pacientky, monitoring vitálních funkcí, TK: 105/54 mmHg, P: 98 tepů/minutu, D: 17/minutu, TT: 36,6°C, SpO <sub>2</sub> : 94% bez O <sub>2</sub> (všeobecná sestra).	T.B.
<b>9:00</b>	Rozhovor s pacientkou o obavách s prognózy onemocnění a dalšího vývoje zdravotního stavu (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Poskytnutí informací o ošetrovatelské péči během onemocnění (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:30</b>	Poskytnutí informačních a edukačních materiálů pacientce o dalším průběhu onemocnění (všeobecná sestra).	T.B.
<b>11:00</b>	Edukace pacienta o léčebných postupech a vhodných relaxačních technikách ke zmírnění strachu (všeobecná sestra).	T.B.
<b>13:00</b>	Návštěva rodiny pacienta a následná edukace o úpravách domácího prostředí (všeobecná sestra).	T.B.
<b>14:00</b>	Poskytnutí informací pacientce a rodině k léčebným postupům a následné péči v lázeňském nebo domácím prostředí (všeobecná sestra).	T.B.
<b>17:00</b>	Poslouchání vhodné relaxační hudby (všeobecná sestra).	T.B.

**Realizace ze dne 17.3.2019**

<b>9:00</b>	Návštěva fyzioterapeuta, rehabilitace na lůžku, nácvik sedu a sebeobsluhy v lůžku (všeobecná sestra, fyzioterapeut).	T.B.
<b>11:00</b>	Návštěva nemocničního kaplana, pacientka hovoří o svém strachu s prognózy onemocnění, dokáže hovořit o svém strachu (všeobecná sestra, nemocniční kaplan).	T.B.
<b>14:00</b>	Nácvik relaxačních technik ke zmírnění strachu v podobě dechového cvičení (všeobecná sestra, fyzioterapeut).	T.B.
<b>16:00</b>	Sledování TV, poslouchání vhodné relaxační hudby (všeobecná sestra).	T.B.
<b>18:00</b>	Pacientka provádí dechové cvičení pro zmírnění strachu po nácviku s fyzioterapeutem (všeobecná sestra).	T.B.



### **Hodnocení ze dne 16.3.2019 10:45**

Pacientka má dostatek informací o průběhu onemocnění.

Pacientka zná informace o ošetrovatelské péči v průběhu onemocnění a aktivně se zapojuje do léčebného režimu.

Pacientka aktivně využívá informační a edukační materiály pro dostatek informací o své nemoci.

Krátkodobý cíl byl splněn.

### **Hodnocení ze dne 17.3.2019 18:55**

Pacientka dokáže mluvit o svém strachu z prognózy onemocnění.

Pacientka zná relaxační techniky pro zvládnutí strachu a má žádost do lázeňského zařízení pro další rozvoj relaxačních technik ke zvládnutí strachu a následné rehabilitace.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

## **2. Deficit sebeděže při stravování (00102)**

[Deficit sebeděže při stravování z důvodu hypokineze a tremoru projevující se neschopností udržet lžici a dostatečně se sama najíst].

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 5:** Sebeděže

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

**Určující znaky:**

- Zhoršená schopnost najíst se
- Zhoršená schopnost žvýkat jídlo
- Zhoršená schopnost zacházet s příborem

**Související faktory:**

- Slabost
- Neuromuskulární poškození

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:** Pacientka používá vhodné pomůcky při stravování do 2 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka se pravidelně stravuje po užití antiparkinsonik do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka aktivně využívá Fowlerovu polohu při jídle do 2 hodin.

Pacientka používá hluboký talíř do 2 hodin.

Pacientka má protiskluzovou podložku pod talíř do 2 hodin.

Pacientka používá ergonomicky tvarovaný příbor do 2 hodin.

Pacientka se pravidelně stravuje pravidelně 4x denně do 2 dnů.

Pacientka užívá pravidelně 4x denně antiparkinsonika do 2 dnů.

**Ošetřovatelské intervence:**

Edukuj pacientku o správné poloze při jídle (všeobecná sestra).

Připravuj jídlo do hlubokého talíře (všeobecná sestra).

Zajisti vhodné pomůcky při stravování (všeobecná sestra).

Zajisti pomoc při jídle (všeobecná sestra).

Dohlídni na pravidelné stravování u pacientky (všeobecná sestra).

Podávej pacientce antiparkinsonika v pravidelných dávkách (všeobecná sestra).

**Realizace ze dne 16.3.2019**

<b>6:00</b>	Podány antiparkinsonika pro zlepšení stavu při jídle (všeobecná sestra). (všeobecná sestra).	T.B.
<b>8:00</b>	Pacientka uložena do Fowlerovy polohy (všeobecná sestra).	T.B.
<b>8:10</b>	Nachystány vhodné pomůcky ke stravování (všeobecná sestra).	T.B.
<b>8:15</b>	Dopomoc při snídani, pacientka má místy mírný tremor (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Pacientka má na svačinu nutridrink, který si popíjí (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:00</b>	Podány antiparkinsonika pro zlepšení stavu při jídle (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:05</b>	Nachystány vhodné pomůcky ke stravování (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:10</b>	Pacientka uložena do Fowlerovy polohy (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:15</b>	Pacientka používá vhodné pomůcky ke stravování, dopomoc není nutná (všeobecná sestra).	T.B.
<b>14:00</b>	Podány antiparkinsonika pro zlepšení stavu při jídle (všeobecná sestra).	T.B.
<b>17:05</b>	Pacientka uložena do Fowlerovy polohy (všeobecná sestra).	T.B.
<b>17:10</b>	Nachystány vhodné pomůcky ke stravování (všeobecná sestra).	T.B.
<b>17:15</b>	Pacientka používá vhodné pomůcky ke stravování během večeře (všeobecná sestra).	T.B.
<b>17:20</b>	Pacientka vyžaduje veškerou ošetrovatelskou péči při stravování během večeře, zhoršení třesu na večer (všeobecná sestra).	T.B.
<b>18:00</b>	Podány antiparkinsonika (všeobecná sestra).	T.B.
<b>24:00</b>	Podány antiparkinsonika (všeobecná sestra).	O.J.

### Realizace ze dne 17.3. 2019

<b>6:00</b>	Podány antiparkinsonika pro zlepšení stavu při jídle (všeobecná sestra).	T.B.
<b>8:15</b>	Pacientka bez tremoru, sama snídá bez pomoci, používá vhodné pomůcky (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Pacientka má na svačinu nutridrink v podobě jogurtu, používá vhodné pomůcky, bez nutné dopomoci (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:00</b>	Podány antiparkinsonika pro zlepšení stavu při jídle (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:15</b>	Pacientka má mírný třes, dopomoc při polévce (všeobecná sestra).	T.B.
<b>17:15</b>	Vysoký tremor, nutná dopomoc při stravování (všeobecná sestra).	T.B.
<b>18:00</b>	Podány antiparkinsonika pro zlepšení stavu při jídle (všeobecná sestra).	T.B.
<b>24:00</b>	Podány antiparkinsonika pro zlepšení stavu při jídle (všeobecná sestra).	O.J.

### Hodnocení ze dne 16.3.2019 09:55

Pacientka zná vhodnou polohu při stravování, aby nedošlo k aspiraci.

Pacientka zná a aktivně používá vhodné pomůcky ke stravování.

Krátkodobý cíl byl splněn.

### Hodnocení ze dne 17.3.2019

Při pravidelném užívání antiparkinsonik 4x denně se tremor přes den zmírní při večeři je nutná dopomoc při stravování kvůli vysokému tremoru a hypokineze.

Pravidelně se stravuje 4x denně aby nedošlo k úbytku váhy.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

### **3. Nevyvážená výživa; méně než je potřeba organismu (00002)**

[Nevyvážená výživa; méně než je potřeba organismu z důvodu dysfágie projevující se malnutricí].

**Doména 2:** Výživa

**Třída 1:** Příjem potravy

**Definice:** Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu

**Určující znaky:**

- Příjem potravin je menší, než je doporučena denní dávka

**Související faktory:**

- Nedostatečný přísun potravy
- Neschopnost strávit potravu

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:** Pacientka pravidelně užívá nutridrink do 2 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka se stravuje 4x denně do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka si pravidelně popíjí nutridrink do 2 hodin.

Pacientka zná rizika malnutrice do 3 hodin.

Pacientka je edukována o příjmu tekutin při pocitu suchosti v ústech do 2 hodin.

Pacientka dodržuje pitný režim do 1 dne.

Pacientka je informována o možnosti návštěvy nutričního terapeuta do 2 dnů.

Pacientka se pravidelně stravuje 4x denně do 3 dnů.

**Ošetřovatelské intervence:**

Nabídní pacientce tekutiny před každým jídlem (všeobecná sestra).

Vyvaruj se podáváním suchých a sypaných pokrmů (všeobecná sestra).

Podávej husté pokrmy jako prevenci aspirace (všeobecná sestra).

Zamez úbytku hmotnosti (všeobecná sestra).

Informuj pacientku o rizicích malnutrice (všeobecná sestra).

Nabídní pacientce návštěvu nutričního terapeuta (všeobecná sestra).

#### **Realizace ze dne 16.3.2019**

<b>8:00</b>	Pacientka vypila hrnek studené vody před snídaní (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Pacientka pravidelně užívá nutridrink pro zvýšení váhy a zlepšení celkového stavu (všeobecná sestra).	T.B.
<b>11:00</b>	Pacientka je informována o možných rizicích malnutrice (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:15</b>	Do polévky přidán nutilis pro zahuštění jako prevence aspirace (všeobecná sestra).	T.B.
<b>13:00</b>	Sledování příjmu tekutin u pacientky (všeobecná sestra).	T.B.
<b>14:00</b>	Pacientka je informována o možnosti nutričního terapeuta (všeobecná sestra).	T.B.
<b>18:00</b>	Pacientka dodržuje pravidelné stravování během dne (všeobecná sestra).	T.B.

#### **Realizace ze dne 17.3.2019**

<b>8:00</b>	Pacientka vypila hrnek studené vody před snídaní (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Pacientka pravidelně užívá nutridrink pro zvýšení váhy a zlepšení celkového stavu (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:15</b>	Do polévky přidán nutilis pro zahuštění jako prevence aspirace (všeobecná sestra).	T.B.
<b>13:00</b>	Sledování příjmu tekutin u pacientky (všeobecná sestra).	T.B.
<b>18:00</b>	Pacientka dodržuje pravidelné stravování během dne (všeobecná sestra).	T.B.

### **Realizace ze dne 18.3.2019**

<b>8:00</b>	Pacientka vypila hrnek studené vody před snídaní (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Pacientka si popíjí nutridrink (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:15</b>	Pacientka snědla celý oběd, do polévky přidán Nutilis na zahuštění (všeobecná sestra).	T.B.
<b>13:00</b>	Sledování příjmu tekutin u pacientky (všeobecná sestra).	T.B.
<b>18:00</b>	Pacientka dodržuje pravidelné stravování během dne (všeobecná sestra).	T.B.

### **Hodnocení ze dne 16.3.2019 11:05**

Pacientka zná rizika malnutrice.

Každý den pravidelně popíjí nutridrink.

Dále je informována o prevenci aspirace, proto pravidelně před každým jídlem vypije hrnek studené vody a vyhýbá se suchým a sypaným pokrmům.

Krátkodobý cíl byl splněn.

### **Hodnocení ze dne 17.3.2019 18:05**

Pacientka dodržuje pitný režim.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

### **Hodnocení ze dne 18.3.2019 18:15**

Pacientka se pravidelně stravuje 4x denně.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

#### **4. Snížený objem tekutin [Dehydratace] (00027)**

[Snížený objem tekutin (Dehydratace) z důvodu tremoru projevující se suchostí sliznic].

**Doména 2:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Definice:** Snížení intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn v (koncentraci) sodíku.

**Určující znaky:**

- Suché sliznice
- Snížený turgor jazyka

**Související faktory:**

- aktivní pokles objemu tělesných tekutin

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:** Pacientka používá vhodné pomůcky k příjmu tekutin do 3 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka dodržuje pitný režim do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka používá brčko k příjmu tekutin do 2 hodin.

Pacientka používá hrnek se dvěma uchy do 2 hodin.

Pacientka má hrnek s tekutinami na dosah ruky do 1 hodiny.

Pacientka zná komplikace dehydratace do 2 dnů.

Pacientka dodržuje doporučenou denní dávku 2litry vody do 3 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zajisti vhodné pomůcky k příjmu tekutin (všeobecná sestra).

Zajisti tekutiny na dosah ruky pro pacientku (všeobecná sestra).



Sleduj kožní turgor (všeobecná sestra).

Sleduj známky dehydratace (všeobecná sestra).

Sleduj bilanci tekutin (všeobecná sestra).

Kontroluj permanentní močový katétr (všeobecná sestra).

Edukuj pacientku o možných komplikacích dehydratace (všeobecná sestra).

### Realizace ze dne 16.3.2019

<b>7:00</b>	Příprava vhodných pomůcek k příjmu tekutin pro pacientku (všeobecná sestra).	T.B.
<b>7:30</b>	Hrníček s uchy je v blízkosti pacientky na nočním stolku aby ho měla na dosah ruky (všeobecná sestra).	T.B.
<b>8:00</b>	Podán Ringerfundin 1000ml na 85ml/hodinu (všeobecná sestra).	T.B.
<b>9:00</b>	Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic – v normě (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Aktivně nabízené tekutiny, příjem tekutin 400 ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 740ml/600ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:30</b>	Posouzen charakter moče – bez zápachu a patologií (všeobecná sestra).	T.B.
<b>15:00</b>	Pacientka je informována o možných komplikacích dehydratace (všeobecná sestra).	T.B.
<b>16:00</b>	Pacientka dodržuje pitný režim – příjem 150ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>17:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 660ml/600ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>20:00</b>	Podán Ringerfundin 1000ml na 85ml/hodinu (všeobecná sestra).	O.J.

**Realizace ze dne 17.3. 2019**

<b>24:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 610ml/600ml (všeobecná sestra).	O.J.
<b>6:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 640ml/600ml (všeobecná sestra).	O.J.
<b>6:10</b>	Permanentní močový katétr průchozí (všeobecná sestra).	T.B.
<b>8:00</b>	Podán Ringerfundin 1000ml na 85ml/hodinu (všeobecná sestra).	T.B.
<b>9:00</b>	Příjem tekutin 200 ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:00</b>	Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic – v normě (všeobecná sestra).	T.B.
<b>10:30</b>	Aktivně nabízené tekutiny, příjem tekutin 300 ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 840ml/600ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>12:45</b>	Posouzen charakter moče – bez zápachu a patologií (všeobecná sestra).	T.B.
<b>14:00</b>	Pacientka zná možné komplikace dehydratace (všeobecná sestra).	T.B.
<b>15:00</b>	Pacientka dodržuje pitný režim – příjem 350ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>18:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 860ml/500ml (všeobecná sestra).	T.B.
<b>20:00</b>	Podán Ringerfundin 1000ml na 85ml/hodinu (všeobecná sestra).	O.J.

### **Realizace ze dne 18.3.2019**

<b>24:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 610ml/400ml (všeobecná sestra).	O.J.
<b>6:00</b>	Spočítána a zapsána bilance tekutin, P/V: 660ml/600ml (všeobecná sestra).	O.J.
<b>6:10</b>	Permanentní močový katétr průchozí (všeobecná sestra).	T.B.

### **Hodnocení ze dne 16.3.2019 8:05**

Pacientka používá vhodné pomůcky k příjmu tekutin. Kvůli tremoru používá pacientka hrníček s uchy, který má na dosah ruky.

Krátkodobý cíl byl splněn.

### **Hodnocení ze dne 17.3.2019 18:10**

Pacientka dodržuje pravidelný pitný režim.

Kožní turgor v normě.

Pacientka zná komplikace dehydratace.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

### **Hodnocení ze dne 18.3.2019 6:15**

Pacientka má zavedený permanentní močový katétr o velikosti 16mm. Katétr je průchozí, vychází z něj moč bez patologií a zápachu.

Sledována bilance tekutin za 24 hodin. P/V: 2650ml/2400ml. Pacientka je dostatečně hydratována a dodržuje pitný režim.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

## CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka ve věku 77 let přijata na neurologickou kliniku na oddělení 31A pro celkové zhoršení stavu charakteru zhoršení diskinéz. Pacientka při vědomí, orientována, spolupracující. Při příjmu přeložena pomocí zdravotnického personálu na polohovací lůžko, poté odebrána a zpracována kompletní anamnéza. Při příjmu vypracován test Bartelové denních činností, kdy ve výsledku je vedena jako nesoběstačná a hrozí riziko pádu. Je pravidelně polohována každé 2 hodiny. Bylo provedeno vstupní měření fyziologických funkcí: TK:105/54 mmHg, P: 98tepů/minutu, TT: 36,6°C, D:17, pravidelné, SpO<sub>2</sub>: 94% bez O<sub>2</sub>. Ihned napojen Ringerfundin 1000ml k rehydrataci a zvýšení krevního tlaku. V testu Bartelové denních činností vyšla pacientka na 24 bodů, kdy je vedena jako nesoběstačná. U pacientky je nutná ošetrovatelská péče v oblasti hygieny, stravování, pohybu a oblékání. Pro měření tekutin a diurézy má zavedený permanentní močový katétr. Moč je čirá, bez patologií. Dále je u pacientky nutná dopomoc při jídle hlavně ve večerních hodinách, kdy se projevuje vysoký tremor a diskinézy. Pravidelně užívá antiparkinsonika 4x denně pro zmírnění tremoru. Pacientka dodržuje pitný režim a stravování 4x denně. BMI bylo vypočítáno na 17,5. Pacientka má malnutrici a proto si pravidelně popíjí nutridrink.

## 4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### DOPORUČENÍ PRO PACIENTA:

#### *V průběhu hospitalizace*

- Aktivizace během dne.
- Pravidelné rehabilitační cvičení.
- Dodržovat pitný režim.
- Pravidelná strava.
- Aktivně se zajímat o svůj zdravotní stav.
- Aktivně se podílet na ošetrovatelské péči.

#### *V domácím prostředí*

- Úprava domácího prostředí.
- Pravidelně užívat antiparkinsonika dle ordinace lékaře.
- Dodržovat pitný režim 2-3 litry denně.
- Pravidelné návštěvy lékaře.
- Zajistit agenturu domácí péče.
- Pravidelná fyzická aktivita.
- Pravidelné cvičení.
- Pravidelné stravování.
- Aktivizace během dne.
- Zajistit vhodné pomůcky pro používání během běžného denního života.
- Pravidelná lázeňská léčba.
- Doporučit pacientovi vhodné edukační materiály o Parkinsonově chorobě.

### DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY:

- Rozvíjet své znalosti o problematice Parkinsonovy choroby.
- Aktivně se účastnit seminářů týkající se touto problematikou.
- Rozšiřovat své znalosti ošetrovatelské péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou.

- Individuální a empatický přístup k nemocnému i rodinným příslušníkům.
- Podporovat a motivovat pacienta během léčby.
- Aktivně zapojovat nemocného do léčebného režimu.
- Informovat rodinu a pacienta o preventivních opatřeních.
- Zajistit edukační materiály o Parkinsonově chorobě.
- Doporučit lázeňská zařízení.
- Doporučit kompenzační pomůcky.

### **DOPORUČENÍ PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY:**

- Podporovat a motivovat nemocného.
- Aktivně se zapojit při péči o nemocného.
- Nebát se požádat o pomoc i po psychické stránce.
- Dohlížet na pravidelné užívání léků.
- Být oporou a doprovázet nemocného na pravidelné prohlídky k lékaři.
- Pomáhat nemocnému při běžných denních činnostech.
- Zajistit nemocnému vhodné pomůcky do domácího prostředí.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo seznámení s problematikou ošetrovatelské péče Parkinsonovy choroby. Jde o degenerativní onemocnění, které je nevyléčitelné avšak pravidelným užíváním léků lze příznaky potlačit. Proto je velmi důležité užívání léků v pravidelných časových intervalech. Lidé, kteří jsou postiženi toutle nemocí, si prochází určitými fázemi onemocnění.

Z počátku se vyskytuje mírný tremor, který může být velmi nepříjemný a brání nemocnému v jemné motorice. V pokročilejší fázi onemocnění u pacientů dochází k typické chůzi, která je charakteristická drobnými a šouravými krůčky s nejistou rovnováhou. Doba, kdy je pacient soběstačný ovlivňuje hlavně medikace onemocnění, která závisí na individuální stránce nemocného.

Všeobecná sestra dopomáhá nemocnému při každodenních aktivitách a výrazně tak zlepšuje kvalitu jeho života. Při hospitalizaci je jednou z hlavních úloh sestry podávat nemocnému léky dle časového rozpisu. Při péči o nemocného je důležité, aby byl edukován nemocný, ale také jeho rodina, která je nedílnou součástí v péči o nemocného.

Psychická podpora ze strany rodiny se bere za velmi významný mezník. Nemocný si prochází těžkým obdobím, proto je rodina pro něj velká opora. Péče o chronicky nemocného člena rodiny je náročná psychicky i fyzicky a velmi důležitá je úprava domácího prostředí.

Bakalářskou práci je možné využít pro všeobecné sestry jako pramen poznatků o problematice onemocnění Parkinsonovy choroby a s ní spojenou ošetrovatelskou péčí. Cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDNAŘÍK, Josef et al. 2010. *Klinická neurologie: část speciální I*. Praha: Triton. 707 s. ISBN 978–80–7387–389–9.
- BONNET, Anne-Marie a HERGUETA, Thierry. 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Vyd. 1. Praha: Portál. 159 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0155-7.
- DOSTÁL, Václav a CHVÍSTKOVÁ, Eva. 2010. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. 50 s. ISBN 13-978-80-204-2362-7.
- DOSTÁL, Václav. 2013. Pozdní komplikace Parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi*. **14**(1), 28-32. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/archiv.php>
- DUŠEK, Petr et al. 2013. *Parkinsonova nemoc z různých pohledů*. V Praze: Společnost Parkinson. 124 s. ISBN 978-80-260-4860-2.
- FALUDI, B. et al., 2015. *Sleep disturbances in Parkinson's disease: characteristics, evaluation and therapeutic approaches*. *Orvosi hetilap*. 156(27), 1091–9, doi: 10.1556/650.2015.30191.
- HEHLMANN, Aannemarie. 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978–80–247–2612–0.
- HOSKOVCOVÁ, Martina. 2010. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Parkinson*. (31), 2-4. ISSN 1212-0189. Dostupné také z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/000131.pdf>
- HUGO, Jan et al. 2016. *Slovník lékařských zkratk*. Praha: Maxdorf. 303 s. ISBN 978-80-7345-519-4.
- KAŠÁKOVÁ, Eva et al. 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.
- KURČOVÁ, Sandra et al. 2016. Pre-motorické a non-motorické příznaky Parkinsonovej choroby – taxonómia, klinická manifestácia a neuropatologické



koreláty. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **79**(3), 255-270. ISSN 1210-7859. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek/pre-motoricke-a-non-motoricke-priznaky-parkinsonovej-choroby-taxonomia-klinicka-manifestacia-a-58243>

MACHÁČKOVÁ, Dagmar a Marie KOTTOVÁ, 2009. *Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují individuální péči*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Roč. 11, č. 4. ISSN 1210-0404.

MENŠÍKOVÁ, Kateřina et al. 2015. *Atypické parkinsonské syndromy*. První vydání. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-7492-223-7.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelsví 2. díl*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3185-8.

NĚMCOVÁ, Jitka et al., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů*. [online]. ISBN 978-80-902876-9-3. Dostupné z: [https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady k vuce/Studijní materiály pro zdravotnické obory.aspx](https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijn%C3%AD%20materi%C3%A1ly%20pro%20zdravotnick%C3%A9%20obory.aspx).

*Non-motorické příznaky Parkinsonovy nemoci*. 2016. Olomouc: Solen, s.r.o. 44 s. Dobrá rada pro lékaře. ISBN 978-80-7471-161-9.

Parkinson a práce. 2017. In: *Parkinson-Help z.s.* [online]. © 2017 Parkinson-Help z.s. [cit. 2.1.2019]. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/parkinsonova-nemoc-pn/parkinson-u-mladych/parkinson-aprace/>

PEDROSA CARRASCO, A. J. et al., 2018. *Management of constipation in patients with Parkinson's disease*. *NPJ Parkinson's disease*. 4:6, doi: 10.1038/s41531-018-0042-8.

REKTOR, Ivan. 2009. Léčba Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. **10**(6), 340-346. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/06/04.pdf>

REKTOROVÁ, Irena. 2007. Psychiatrické symptomy Parkinsonovy nemoci: diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. **8**(5), 291-294. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: [www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/08.pdf](http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/08.pdf)

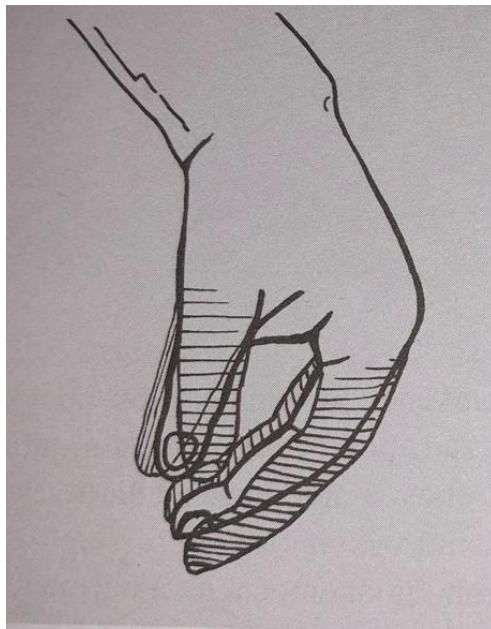
- ROTH, Jan et al. 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf. 222 s. Medica. ISBN 978-80-7345-178-3.
- RŮŽIČKA, Evžen et al. 2004. *Parkinsonova nemoc: doporučené postupy diagnostiky a léčby I Časné stadium*. 1. vyd. Praha: Galén. 60, 59 s. ISBN 80-7262-298-6.
- RŮŽIČKA, Evžen. 2009. Doporučený postup při zahájení léčby Parkinsonovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **72/105**(5), 487-490. ISSN 1210-7859. Dostupné také z: [http://www.csnn.eu/pdf/nn\\_09\\_05\\_16.pdf](http://www.csnn.eu/pdf/nn_09_05_16.pdf)
- SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 978-80-247-2733-2.
- SCHWARZ, Shelley Peterman. 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. 109 s. ISBN 978-80-247-2321-1.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
- SYSEL, Dušan et al. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU. 280 s. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.
- ŠINÁGLOVÁ, Zdeňka. 2013. *Ošetrovatelská péče v neurologii: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 84 s. ISBN 978-80-7464-249-4.
- TOMAGOVÁ, Martina et al. 2008. *Potřeby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.

# PŘÍLOHY

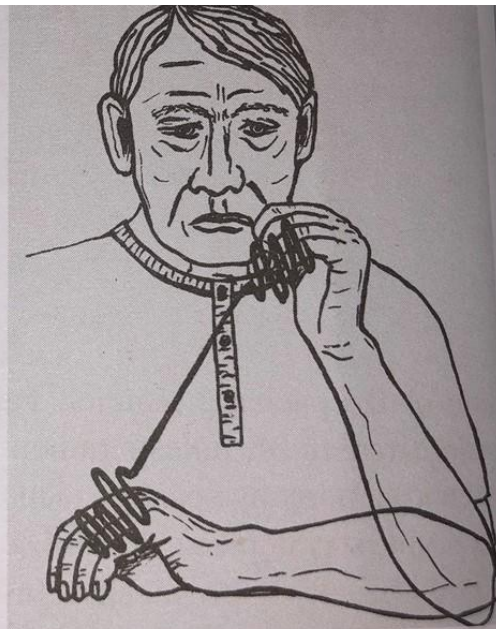
Příloha A – Třes u Parkinsonovy choroby.....	I
Příloha B - Držení těla u Parkinsonovy choroby .....	II
Příloha C - Diagnostika Parkinsonovy nemoci dle UK Parkinson´s Disease Society Brain Bank .....	III
Příloha D - Parkinsonský deník .....	IV
Příloha E - Stádia Parkinsonovy choroby dle Hoehnové a Yakra .....	V
Příloha F - UPDRS škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci .....	VI
Příloha G - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce... ..	VII
Příloha H - Literární rešerše.....	VIII
Příloha I - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	IX

## Příloha A

### Třes u Parkinsonovy choroby



Obr. 6.1 Třes u Parkinsonovy nemoci

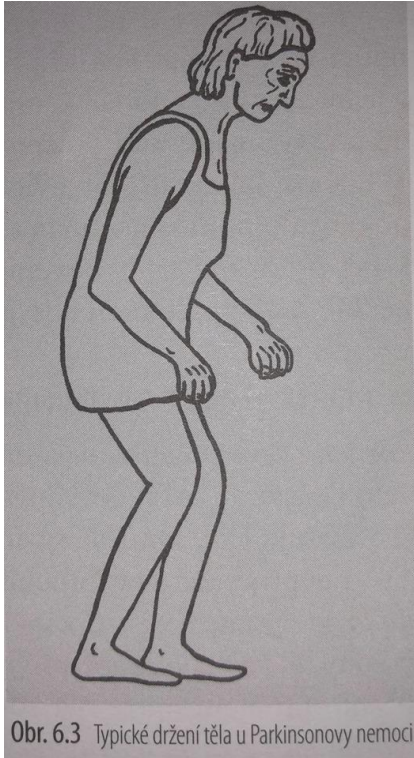


Obr. 6.2 Třes u Parkinsonovy nemoci

Zdroj: Roth Jan, 2009, str. 26

## Příloha B

### Držení těla u Parkinsonovy choroby



Obr. 6.3 Typické držení těla u Parkinsonovy nemoci

Zdroj: Roth Jan, 2009, str. 29

## Příloha C

### Diagnostika Parkinsonovy nemoci dle UK Parkinson's Disease Society Brain Bank

**Tab. 1.** Klinická diagnostická kritéria Parkinsonovy nemoci podle UK Parkinson's Disease Society Brain Bank (Hughes et al., 1992)

#### **Krok 1: Diagnóza parkinsonského syndromu**

- **bradykineze** (zpomalení iniciace volního pohybu a postupné snižování rychlosti a amplitudy pohybu při repetitivních činnostech)
- a nejméně jeden příznak z následujících:
  - **svalová rigidita**
  - **klidový třes 4–6 Hz**
  - **posturální instabilita** nezpůsobená primární dysfunkcí zrakovou, vestibulární, mozečkovou nebo propioceptivní

#### **Krok 2: Zpochybňující a vylučující kritéria Parkinsonovy nemoci**


- v anamnéze opakované ikty a stupňovitý vznik parkinsonských projevů
- opakované úrazy hlavy
- prodělaná encefalitida
- okulogyrní krize
- léčba neuroleptiky v době začátku obtíží
- v rodině více než jeden další podobný případ
- trvalá remise
- výlučně jednostranné postižení po více než 3 letech trvání obtíží
- supranukleární pohledová obrna
- mozečkové příznaky
- časně těžké vegetativní postižení
- časná těžká demence s poruchami mnestickými, fatickými a praxickými
- Babinskiho příznak
- nádor mozku nebo komunikující hydrocefalus na CT mozku
- chybění odpovědi na silné dávky L-DOPA (je-li vyloučena malabsorpce)
- intoxikace metyl-fenyl-tetrahydropyridinem (MPTP)

#### **Krok 3: Podpůrná prospektivní pozitivní kritéria Parkinsonovy nemoci**

- jednostranný začátek
- přítomnost klidového třesu
- progresivní průběh
- přetrvávající asymetrie s těžším postižením na straně začátku
- výtečná odpověď na L-DOPA (70–100% zlepšení)
- výrazná chorea po dávce L-DOPA
- klinické trvání 10 let a více

## Příloha D

### Parkinsonský deník

 FAKULTNÍ NEMOCNICE OLMOUC I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz IČO: 00098892	<b>NEUROLOGICKÁ KLINIKA</b>	Dokument č.: Fm-L009-040-NEUR-001	
		Verze č. 2	Strana: 1/1

DATUM:  Jméno: \_\_\_\_\_ Den \_\_\_\_\_

**DYSKINÉZY – MIMOVOLNÍ POHYBY:**  
Hodina:  
Maxim. 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nepřítomny

**PARKINSONSKÝ STAV:**

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Nehybnost																		
Ztuhlost																		
Třes																		

**LÉKY:**  
Název:


**POZNÁMKA:**

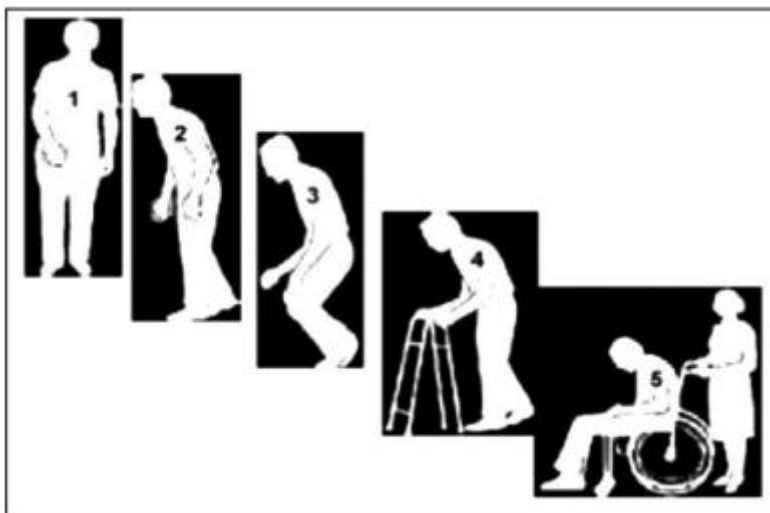
.....  
Jmenovka + podpis lékaře

.....  
Jmenovka + podpis sestry

Zdroj: Fakultní nemocnice Olomouc, neurologické oddělení

## Příloha E

### Stádia Parkinsonovy choroby dle Hoehnové a Yahra



Zdroj: Valkovič Peter, 2006, str. 258

*„Hodnocení se provádí podle jednoduchých kritérií:*

*Stadium 0: nejsou známky onemocnění*

*Stadium 1: jednostranné postižení*

*Stadium 1,5: jednostranné postižení s axiálními projevy (poruchy řeči, hypomimie a držení těla)*

*Stadium 2: oboustranné postižení bez poruchy rovnováhy*

*Stadium 2,5: mírně pokročilé oboustranné postižení s počínající posturální poruchou (tzn. pacient je schopen zakročením vyrovnat zvrácení trupu nazad)*

*Stadium 3: středně pokročilé oboustranné postižení s posturální instabilitou, pacient je nezávislý na svém okolí*

*Stadium 4: Těžké postižení, pacient je však stále schopen stát a chodit bez cizí pomoci*

*Stadium 5: Těžké postižení, pacient je upoután na lůžko nebo na invalidní vozík“*

Zdroj: Růžička Evžen et al., 2004, s. 36



## **Příloha F**

### **UPDRS škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci**

- Část I. testu (položka 1. – 4.) je zaměřena na výskyt poruch intelektu, nálady a myšlení
- Část II. testu (položka 5. – 17.) je založena na anamnestických údajích a hodnotí, jak nemoc omezuje člověka v běžných denních činnostech (test ADL). Zjišťujeme zde poruchy řeči, slinění nebo poruchu polykání.
- Část III. testu (položka 18. – 31.) je zaměřena na vyšetření poruchy hybnosti a účinnosti léčby tzv. motorická škála UPDRS.
- Část IV. testu (položka 32. – 42.) sleduje komplikace léčby, výskyt dyskinezií a vegetativní projevy, které jsou způsobeny dopaminergní léčbou.
- Část V. testu obsahuje stupnici stádií Parkinsonovy choroby dle Hoehnové a Yahra
- Část VI. testu hodnotí funkční výkonnost nemocného dle Schwabovy a Englandovy škály běžných činností

Zdroj: Růžička Evžen et al., 2004



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc  
Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz  
IČ: 00098892

**NEUROLOGICKÁ KLINIKA**

**Identifikační štítek**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:

Rodné číslo (číslo pojištěnce):

Kód ZP:

Adresa trv. pobytu (případně jiná):

Dokument č.: Fm-L009-040-NEUR-005  
Verze č.: 1, str. 1/2

**Jednotná škála pro hodnocení  
Parkinsonovy nemoci (UPDRS)**

		Datum															
L-DOPA mg/den	trvání účinku v hodinách																
		on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off
1	Postižení intelektu																
2	Porucha myšlení																
3	Deprese																
4	Motivace/iniciativa																
<b>Mezisoučet 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>Mezisoučet 5 - 17 (maximum = 52)</b>																	
18	Řeč																
19	Mimika																
20	Klídivý třes: hlava, rty, brada																
	H.K.	pravá															
		levá															
	D.K.	pravá															
		levá															
21	Akční či posturální třes H.K.	pravá															
		levá															
22	Rigidita	šíje															
	H.K.	pravá															
		levá															
	D.K.	pravá															
		levá															
23	Klepání prsty	pravá															
		levá															

Zdroj: Fakultní nemocnice Olomouc, neurologické oddělení

		Datum															
			on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on
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	Bradykineze a hypokineze těla																
<b>Mezisoučet 18 - 31 (maximum = 108)</b>																	
32	Dyskineze: trvání																
33	Dyskineze: omezení																
34	Dyskineze: bolesti																
35	Dyskineze: dystonie																
36	Stavy „off“: předvídatelné																
37	Stavy „off“: nepředvídatelné																
38	Stavy „off“: náhlé																
39	Stavy „off“: trvání																
40	Nauzea, nechutenství, zvracení																
41	Poruchy spánku																
42	Symptomatická ortostáza																
	Krevní tlak:	vsedě															
		vleže															
		vstoje															
Váha																	
	Tep:	vsedě															
		vleže															
		vstoje															
<b>Jmenovka + podpis lékaře</b>																	

**Vysvětlivky:** on, off – hodnocení motoriky, PN – Parkinsonova nemoc, H.K. – horní končetina, D.K. – dolní končetina, UPDRS - Unified Parkinson's Disease Rating Scale

Zdroj: Fakultní nemocnice Olomouc, neurologické oddělení

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

## I. Myšlení, chování a nálada

### 1) postřehnutí intelektu

- 0 = žádné
- 1 = mírné; zapomnětlivost s částečným vybavováním si události, 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 (nespavostí, nechutenstvím, 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 činnosti, které nejsou zcela běžné
- 3 = ztráta iniciativy nebo zájmu o každodenní činnosti
- 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 = zřetelně 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 přiborem

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

### 10) oblékání

- 0 = normální
- 1 = poněkud pomalé a neobratné, ale nepotřebuje pomoc
- 2 = příležitostná 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) obracení na postel 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 = žádné
- 1 = zřídka freezing za chůze, může se objevit hesitace na začátku pohybu
- 2 = příležitostně freezing za chůze
- 3 = častý freezing, příležitostně pády z důvodu freezingu
- 4 = časté pády z důvodu freezingu

Zdroj: Fakultní nemocnice Olomouc, neurologické oddělení

**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 parkinsonizmem**

- 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, setřelá, ale srozumitelná řeč, středně porušena
- 3 = zřetelně porušena, je obtížné porozumět
- 4 = nesrozumitelná

**19) mímika**

- 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) křídlový 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 = nepřítomna
- 1 = nepatrná, zjistitelná 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 propulze
- 2 = chodí s obtížemi, ale vyžaduje jen malou nebo žádnou oporu
- 3 = těžká porucha chůze vyžadující oporu
- 4 = nechodí vůbec, ani s opotou

Zdroj: Fakultní nemocnice Olomouc, neurologické oddělení

30) posturální stabilita (zkouška zvrácení trupu vstoje: odpověď na náhlé 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 zpomalení, 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 nezpůsobivost, 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 zpomalenosti, obtíží a narušení; vše může trvat 2x déle; začíná si uvědomovat obtíže
- 80 % - zcela nezávislý ve většině úkonů, vše trvá 2x déle; uvědomuje si obtíže a zpomalenost
- 70 % - není zcela nezávislý; některé úkony jsou obtížnější a trvají 3-4x 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 vším
- 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: Fakultní nemocnice Olomouc, neurologické oddělení

## Příloha G

### Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



#### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Tomečková Barbora	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s parkinsonovou chorobou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Neurologie 31A, lůžkové oddělení, Fakultní nemocnice Olomouc	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis *vee*  
Ing. Andrea Drobilíčková  
Hlavní sestra  
Odbor hlavní sestry  
Fakulta zdravotní péče  
Nemocnice Olomouc

V *PRZE* ..... dne *30.11.17*

*[Signature]*  
podpis studenta

## Příloha H

### Literární rešerše

Vědecká knihovna v Olomouci  
Bezručova 3, pošt. schr. 9

tel. : 585 205 333

Informační služby  
779 11 Olomouc  
e-mail: [is@vkol.cz](mailto:is@vkol.cz)

Bibliografický soupis  
č. RES 144/2019

## OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S PARKINSONOVOU CHOROBOU

**Počet záznamů:** 155 (20 knih, 166 článků, 17 vysokoškolských kvalifikačních prací, 2 online zdroje)  
**Časové rozmezí:** 2010-2018  
**Datum:** 21.05.2019  
**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina  
**Zpracovala:** Mgr. L. Krátká ([kratka@vkol.cz](mailto:kratka@vkol.cz))  
**Druh literatury:** knihy, články, vysokoškolské kvalifikační práce, online zdroje

### Zdroje:

- katalogy VKOL (<https://aleph.vkol.cz/F/>)
- Bibliographia medica Čechoslovaca (<https://www.medvik.cz/bmc/index.do?focus=default>)
- katalog Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (<https://www.medvik.cz/bmc/index.do?focus=BOE205>)
- Bibliographia medica Slovaca (<http://www.slk.sk>)
- databáze Národní knihovny ČR (<http://aleph.nkp.cz/>)
- portál Knihovny.cz (<https://www.knihovny.cz/>)
- Centrální katalog Univerzity Karlovy (<http://ckis.cuni.cz/>)
- Web of Science
- EBSCO
- THESES ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))

**Klíčová slova:** Parkinsonova nemoc; Parkinsonova choroba; parkinsonismus; Parkinson's disease; parkinsonism; ošetrovatelský proces; ošetrovatelská péče; nursing

**MDT:** 616.858

**KONSPEKT:** 616 - Patologie. Klinická medicína [14]



## **Příloha I**

### **Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce**

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

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

V Praze dne: 31.5.2019

.....  
Barbora Tomečková