

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Dagmar Matýsková

Ošetřovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí

Nursing Care of a Patient with Parkinson's Disease

Bakalářská práce

Praha, květen 2012

Autor práce: Dagmar Matýsková

Studijní program: Ošetrovatelství, Všeobecná sestra, kombinovaná forma

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF

Odborný konzultant: Doc. MUDr. Valja Kellerová, CSc.

Pracoviště odborného konzultanta: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady,

Neurologická klinika

Předpokládaný termín obhajoby: 29. květen 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

v Praze dne 21.5.2012

Dagmar Matýsková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a Doc. MUDr. Valje Kellerové, CSc. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěly k vypracování této bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	7
1 KLINICKÁ ČÁST	8
1.1 Parkinsonova nemoc a příčina jejího vzniku	8
1.2 Parkinsonova nemoc a její historie	9
1.3 Anatomicko-fyziologické poznatky	9
1.3.1 Extrapiramidový systém	9
1.3.2 Bazální ganglia	9
1.3.3 Struktury ve středním mozku	10
1.3.4 Struktury v mezimozku	11
1.4 Charakteristika Parkinsonovy nemoci	12
1.4.1 Hypokineticko-rigidní syndrom	12
1.5 Vyšetřovací metody	14
1.5.1 Klinické vyšetření	14
1.5.2 Test levodopou	14
1.5.3 Test apomorfinem	15
1.5.4 Výpočetní tomografie mozku	15
1.5.5 Magnetická rezonance mozku	15
1.5.6 SPECT DaTSCAN	16
1.6 Léčba	16
1.6.1 Léčba léky	17
1.6.2 Fyzioterapie	18
1.6.3 Operační léčba	19
1.6.4 Režimová opatření	20
1.7 Diferenciální diagnostika	20
1.8 Vývoj nemoci PN	21
2.1 Údaje pacienta	21
2.2 Anamnéza	22
2.2.1 Rodinná anamnéza	22
2.2.2 Osobní anamnéza	22
2.2.3 Pracovně sociální anamnéza	23
2.2.4 Průběh nemoci	23

2.2.5 Nynější obtíže	24
2.2.6 Farmakologická anamnéza	24
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	25
3.1 Ošetřovatelský proces	25
3.1.1 Ošetřovatelská anamnéza	25
3.1.2 Ošetřovatelská diagnóza	25
3.1.3 Plán ošetřovatelské péče	25
3.1.4 Realizace ošetřovatelského plánu	26
3.1.5 Zhodnocení	26
3.2 Marjory Gordon a její model péče	26
3.3 Ošetřovatelská anamnéza	27
3.4 Ošetřovatelské diagnózy	30
3.4.1 Porucha usínání a spánku v důsledku nerovnováhy režimu během dne	30
3.4.2 Porucha vyprazdňování stolice (obstipace) vlivem Nedostatečného příjmu tekutin a nevhodné skladby stravy	32
3.4.3 Riziko ztráty soběstačnosti při pohybových obtížích	33
3.4.4 Riziko pádu a následného úrazu z důvodu náhlé hypotenze	36
3.4.5 Nedodržení zásad aplikace léčebných náplastí	37
3.5 Lázeňské a rekondiční pobyty	38
3.6 Společnost Parkinson a denní stacionář Parkinson	40
3.7 Edukace, psychohygiena pečujícího	40
3.8 Prognóza, psychický stav pacienta	43
3.9 Závěr	44
Seznam prostudované a použité literatury	45
Seznam zkratk	47
Seznam příloh	48
Přílohy	

Úvod

Téma bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí jsem si vybrala na základě výkonu profese všeobecná zdravotní sestra v oboru neurologie. S klienty s Parkinsonovou nemocí se setkávám od začátku výkonu svého povolání. Do neurologické ambulance přicházejí pacienti sami i v doprovodu svých blízkých. Většina pacientů absolvuje pravidelné kontroly, za některé spolupracuje rodina či jejich nejbližší, jiní přichází k jednorázové konzultaci.

Parkinsonova nemoc svými klinickými projevy, průběhem, léčbou i komplikacemi nemoci ovlivňuje kvalitu života pacientů i jejich rodin. Informovanost o komplexní problematice je přínosem jak v spolupráci s klientem, rodinou, tak i informacemi pro širokou veřejnost.

Vypracováním této práce se zaměřuji na problematiku chronické degenerativní Parkinsonovy nemoci. V klinické části práce se zaměřuji na anatomicko-fyziologické poznatky, patofyziologii, poskytuji informace o klinických projevech, diagnostických metodách, průběhu nemoci, léčbě a možných komplikacích, udávám základní údaje pacienta. V ošetrovatelské části doplňuji o ošetrovatelskou anamnézu klienta. Popisuji komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta s Parkinsonovou nemocí v ambulantním zařízení, informace o prováděné edukaci a navazující psychosociální péči pacienta i jeho rodiny. Je zde popsána snaha ošetrovatelské péče o udržení pacientovy soběstačnosti na co nejdelší možnou dobu a tím i snaha o zvýšení samotné kvality pacientova života a jeho okolí. Pracuji metodou ošetrovatelského procesu podle modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy a plán péče jsem zpracovala v den kontrolní návštěvy lékaře na neurologické ambulanci, plán péče je stanoven na období 3 měsíců. Práci ukončuje seznam literatury a přílohy.

1 Klinická část

1.1 Parkinsonova nemoc a příčina jejího vzniku (PN)

PN je chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění. Ovlivňuje extrapyramidový systém centrální nervové soustavy. Ale může a často i působí na další části, jako je vegetativní systém, nebo způsobí poruchu kognitivních funkcí nervového systému. Onemocnění probíhá na základě zániku dopaminergních buněk v substantia nigra (černé jádro) v mesencephalu. To má vliv na správnou aktivitu bazálních ganglií. Parkinsonova nemoc je nevyléčitelná, léčba je zaměřena na příznaky nemoci. Vzniká většinou spíše u věkově starší kategorie a to nad 60 let, ale může postihnout i jedince mladší. Nemoc postupně omezuje svými projevy pacienta v provádění každodenních činností. Při léčbě dochází alespoň k částečnému útlumu samotných příznaků a tím i ke zkvalitnění života jedince.

Etiologie Parkinsonovy nemoci není zcela objasněna, u některých jednotlivců se podílí v menší míře genetické faktory, jde o mutace genů. Jsou to především osoby, u kterých se nemoc manifestuje před 40 rokem. Na vzniku nemoci se mohou podílet jak genetické změny, tak i narušení zdraví vlivy z prostředí obklopujícího osobu.

Jsou vytvořeny hypotézy vzniku PN. Jedna hypotéza je postavena na základě objevu látky MPTP, která se nachází v různých chemických látkách. V mozku se aktivuje na jedovatou látku, jejíž účinky mají negativní vliv na buňky produkující dopamin u citlivějších osob. Jejich tělo není schopné se látky MPTP či obdobných látek zbavit. Druhá hypotéza je ustanovena na domněnce, že u osob s PN v mozku vznikají látky, které mohou za určité situace působit negativně na určité mozkové části a způsobit tím PN. Především na oblasti aktivity buněk v substantia nigra, kde je nejvyšší koncentrace dopaminu.¹

¹ ROTH, Jan et al. *Parkinsonova nemoc*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 21-24. ISBN 978-80-7345-178-3

1.2 Parkinsonova nemoc a její historie

Historie a její poznatky sahají až do roku 1817, kdy londýnský lékař James Parkinson vydal publikaci, v které se poprvé autor zmiňuje o nemoci, později pojmenované po svém objeviteli. První léčba rostlinnými preparáty nefungovala, poté se začala uplatňovat léčba anticholinergiky. V roce 1958 farmakolog, biochemik a nositel Nobelovy ceny Carlsson přišel s objevem mediátoru dopaminu v bazálních gangliích. Poté ve Vídni roku 1960 následně pánové Ehringer a Hornykiewicz doplnili o informaci, že úbytkem dopaminu v určité mozkové oblasti vzniká Parkinsonova nemoc. V roce 1961 byla poprvé použita v léčbě pány Birkmayerem ve Vídni a Barbeau v Montrealu látka levodopa prekursor dopaminu. Kolem roku 1970 se začala k látce levodopa přidávat látka karbidopa či benserazid pro jejich lepší společný účinek. Jejich použití se využívá ve farmakoterapii dosud.²

1.3 Anatomicko-fyziologické poznatky

1.3.1 Extrapyramidový systém

Systém je částí podkorových, korových jader a jejich drah. Oblast korová je zajišťována areou 6 a 8. Oblast podkorovou zastupují bazální ganglia. Celý systém reguluje volní i mimovolní motorickou činnost pomocí centrálních okruhů. Ovlivňuje svalový tonus, pohybové automatismy a koordinaci jedince. Zajišťuje sekreci neurotransmiterů, jako je například *dopamin* (katecholamin), *acetylcholin*, GABA (kyselina gama-aminomáselná), glutamát (AMK a jejich deriváty) a jiné prokázané látky.³

1.3.2 Bazální ganglia (BG)

Jádra z šedé hmoty mozkové jsou uložena v podkorových částech obou mozkových hemisfér. Jsou složena z *nucleus caudatus* (ocasaté jádro) a *nucleus lentiformis* (čočkovité jádro).

² ROTH, Jan et al. *Parkinsonova nemoc*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 12-14. ISBN 978-80-7345-178-3

³ AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. 32-33. ISBN 80-246-0894-4

Funkčně se k nim přidávají další části jako je *nucleus subthalamicus* (corpus Luysi), *substantia nigra*, *nucleus basalis Meynerti*, *nucleus accumbens*, *klastrum*, *retikulární formace*. BG jsou spjata s thalamem a jádru amygdalární části.⁴

Nucleus caudatus (ocasaté jádro) ve tvaru podkovy, sleduje zakřivení celé postranní komory. Jádro má caput (hlavu), corpus (tělo), caudu (ocas).

Nucleus lentiformis (čočkovité těleso) se skládá z části *putamen* a *globus pallidus* (pallidum).

Putamen ve spojení s *nucleus caudatus* vytváří tzv. corpus **striatum** (žíhané těleso), jež má inhibiční funkci a podíl při vykonávání automatických pohybů.

Globus pallidus inhibičně působí na napětí svalů při provádění jednoduchých pohybů. Toto jádro utvářejí 2 světlejší části, *globus pallidus medialis*, *globus pallidus lateralis*.

Nucleus accumbens je jádro v šedé hmotě, vytváří spojení mezi *putamen* a *nucleus caudatus*. Je součástí koncového mozku (telencephala).

Klastrum je malý objekt šedé barvy. Nachází se mezi *putamen* a mozkovou kůrou.

1.3.3 Struktury ve středním mozku

Substantia nigra (černé jádro) je jádro, které zajišťuje produkci neurotransmiteru dopaminu. Nedostatek či úplná ztráta dopaminu způsobuje onemocnění morbus Parkinson. Skládá se z částí *pars compacta* a *pars reticularis*. *Pars compacta* obsahuje dopaminergní buňky a melanin. Je místem odkud se šíří dopamin do oblasti striata.

Nucleus basalis Meynerti je tvořena šedou hmotou mozku, je zdrojem cholinergních neuronů.⁵

⁴ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. RŮŽIČKA Evžen. TICHÝ Jiří et al. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2002. 2005. 27. ISBN 80-7262-160-2, ISBN 80-246-0502-3

Retikulární formace se nachází částečně v mozkovém kmeni, částečně je přítomna i v thalamu. Je to síť buněk, dráh ascendentních (vzestupných) a dráh descendentních (sestupných).

Nucleus ruber (červené jádro) je jádro uložené v mesencephalu, zapojuje se při kontrole motoriky, především při regulaci svalového napětí.

1.3.4 Struktury v mezimozku

Thalamus je uložen v mezimozku (diencephalu), utvořen je šedou hmotou mozkovou, obsahuje celé skupiny jader. Účastní se na převodu aferentních drah, které směřují dále do kůry mozku.

Tyto jádra dělíme:

- *specifická sensorická jádra*
 - napomáhají převodu z periferních částí do konkrétních sensorických korových oblastí
- *specifická nesenzorická jádra* (motorická)
 - podílí se na převodu v přípravných motorických okruzích do korových oblastí (nucleus ventralis anterior a lateralis)
 - na okruzích limbického systému přispívají zapojená nuclei mediales a anteriores
- *asociační*
 - jsou jimi propojena konkrétní thalamická jádra s oblastmi asociace v mozkové kůře, uplatňují se při integraci senzitivních a sensorických podnětů
- *nespecifická*
 - podílí se na převodu vlivů z retikulární formace, napomáhají difúznímu šíření do oblastí kůry a do oblastí bazálních ganglií

Subthalamus se nalézá pod thalamem. Obsahuje jádra:

⁵ ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1997. 203-556. ISBN 80-7169-140-2

Nucleus subthalamicus (corpus Luysi) je čočkovité jádro šikmo uložené v šedé hmotě subthalamu. Jádro je spjato s globus pallidus.

Zona incerta se nejspíše podílí na okruzích retikulární formace, její funkce však není zcela jasná.⁶

Amygdala (corpus amygdalae) je struktura složená z více jader a je uložena ve spánkovém laloku. Vývojově je amygdala spojena s bazálními ganglii, funkčně a spojením směřuje k limbickému systému.

1.4 Charakteristika Parkinsonovy nemoci

Při nedostatku neuronů v substantia nigra a při částečném či úplném deficitu mediátoru dopaminu přenášejícího do striata vzniká Parkinsonova nemoc.

1.4.1 Hypokineticko-rigidní syndrom (parkinsonský či hypokineticko-hypertonický syndrom)

Tato extrapyramidová porucha se projevuje sníženými až vymizelými pohyby. Poruchu reprezentuje typická trias příznaků: hypokineze, rigidita, tremor a další navazující poruchy

Hypokineze (hypokinesis) znamená snížený rozsah, amplitudu a chudost pohybových projevů.

Bradykineze se projevuje zpomalením pohybové činnosti.

Akineze obtěžuje pacienta ztíženým začátkem pohybové činnosti.

Obě se mohou objevovat současně. Hypokineze se může u pacienta projevit pouze neobratností jedné horní končetiny či poloviny těla (**hemiparkinsonský syndrom**), bolestmi, svalovými křečemi, nadměrnou únavou. Při chůzi je pacient v semiflekním postavení, rozchází se pomaleji, drobnými kratšími kroky (**bradybázie**). Nemá při chůzi souhyby horních končetin, tyto obtíže může mít i při pohybových změnách či při změnách polohy. Pacient si může stěžovat na zhoršování písma (**mikrografie**), které se stává drobnějším a může být zhoršeno

⁶ ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007. 269-270. ISBN 978-80-246-1216-4

třesem. Pacient má snížené výrazy v obličejí, tzv. maskovitý obličej (*hipomimie*), méně gestikuluje, mluví pomalu, monotónně. Mohou se přidat polykací poruchy, poruchy řeči a žvýkání.

Tremor je viditelný *v klidu*, především na prstech horních končetin. Zvýrazněný třes na prstech horní končetiny je někdy připodobňován k počítání peněz. Je pravidelný s pomalou frekvencí 4-7 kmitů za sekundu, při rozrušení, námaze a jiném vypětí může třes zesílit a být výraznější. Třes je často více pozorovatelný na jedné straně, může se objevit vzácněji i na hlavě, v oblasti brady. V počátečních stádiích nemoci se může projevovat jako třes statický, akcentuje se po chvíli při předpažení horních končetin.

Rigidita je zjistitelné zvýšené svalové napětí. Ovlivňuje flekční držení pacienta. Patří sem i *pulse*, je to stav, kdy pacient není schopen se zcela koordinovat a udržet se v rovnováze. Rozběhne se a drobnými kroky se přesunuje dle svého tělesného těžiště. Tento stav patří k pozdnímu stádiu nemoci a často je pacient ohrožen následným pádem. Často si jedinci stěžují na sníženou pohyblivost a pocit ztuhlosti v noci, kdy mají obtíže dojít si na toaletu či se otočit na lůžku samotném.

Porucha posturálních funkcí pacienta se projevuje tak, že pacient tělo drží lehce v předklonu, končetiny drží *v semiflekčním postavení*, výraznějším většinou na horních končetinách. V pozdějších stádiích nemoci bývá přítomno i zpomalení.

Psychické poruchy se během průběhu nemoci objevují postupně, mohou to být *změny nálad, úzkosti, narůstající deprese*. V pozdějších stádiích nemoci i zpomalení myšlení, zapomínání až vznik demence.

Vegetativní poruchy se mohou projevovat *zvýšenou tvorbou slin, potu*. Někdy pacienti trpí *poruchami vyprazdňování stolice* ve smyslu zácpy či poruchami vyprazdňování *moči* jako tendence k inkontinenci. Mohou se objevovat příznaky *posturální hypotenze*.⁷

⁷ AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum, 2006. 35-39. ISBN 80-7262-433-4, ISBN 80-246-1258-5

1.5 Vyšetřovací metody

1.5.1 Klinické vyšetření

Základem je *rozhovor* a *pozorování* pacienta při pohybové činnosti i v klidu. Vyšetření spočívá v provedení základního neurologického vyšetření. Lékař se zaměřuje na průkaznost reflexní činnosti pacienta a na pohybovou činnost svalů. Vyšetřovací metoda pozorováním pacienta při chůzi, kde chybí souhyby horních končetin, může lékaři mnohé napovědět. Pacient je vyzván k rychlejšímu poklepávání rukou (palec na ukazovák) či při podupávání nohou, pohyby jsou většinou zpomalené. Lékař vyšetřuje klienta též na udržení rovnováhy, kdy se postaví za pacienta, který je dopředu upozorněn, že se ho lékař bude snažit lehce zatáhnout za ramena směrem dozadu a pacient má tuto změnu vyrovnat. Dalším vyšetřením je zjištění elementárních reflexů posturálních (ERP). Při pasivní skandované (trhavé) flexi v lokti se hodnotí pohmatem náskoky na musculus biceps na paži. Pacienti s Parkinsonovou chorobou mají ERP zvýšené, bývá přítomen fenomén ozubeného kola (vyšetřující cítí pod svými prsty náskoky svalů, jako kdyby tam bylo ozubené kolo). ERP lze vyšetřovat i na zápěstí při pasivní skandované dorzální flexi ruky).⁸ Pacient je vyzván, aby napsal na papír jakoukoliv libovolnou větu. V obličeji pozorujeme snížení mimických projevů i zpomalení frekvence mrkání, přidává se snížení gestikulace pacienta. Lékař vyplňuje s pacientem hodnotící **škálu UPDRS** Unified Parkinson's Disease Rating Scale, jež má čtyřicet dva bodů.

1.5.2 Test levodopou

Pacientovi je podána perorálně 1tableta obsahující *levodopu*, což je prekurzor neurotransmiteru dopaminu (Nakom 275mg tbl., Madopar 250mg tbl.), za 2 hodiny pacient přichází na opětovnou kontrolu. Lékař hodnotí zlepšení stavu po podání léku s obsahem levodopy dle zlepšení především pohybových projevů (hypokineze, rigidita, třes).

⁸ AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6.vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum, 2006. 236-239. ISBN 80-7262-433-4, ISBN 80-246-1258-5

1.5.3. Test apomorfinem

Před aplikací samotného apomorfinu, jež je dopaminergní agonista, je nutné předem podání premedikace látkou domperidonum (Motilium tbl.) z důvodu nežádoucích účinků apomorfinu jako je nevolnost až zvracení a pokles krevního tlaku. Subkutánně je pacientovi podána látka. Lékař hodnotí 5-20 minut po aplikaci léku výsledné projevy.⁹

1.5.4. Výpočetní tomografie mozku (CT mozku)

Počítačová tomografie je často používaná neinvazivní rentgenová zobrazovací metoda, která napomůže zachycení abnormalit v mozku. Abnormality se projevují změnou denzity mozkové tkáně. Lékař se před vyšetřením dotazuje pacienta na projevy *alergie na jódu* pro případ nutnosti aplikace *kontrastní jódomové látky*. Klient je uložen na posuvné vyšetřovací lůžko a nad ním je umístěn veliký prstenec, což je tomografický přístroj. Je poučen zdravotnickým pracovníkem, aby ležel v klidu. Pacient je posunut pohybem lůžka pod snímací část přístroje, který postupně snímá rentgenovým zářením vyšetřovanou oblast mozku z různých úhlů. Vyšetřující lékař si prohlíží postupně zpracované výsledné obrázky vyšetření přímo na počítači. V některých případech je pacientovi aplikována intravenózně kontrastní jódomová látka. Pacient, který trpí *alergií*, je před vyšetřením řádně připraven, čtyři hodiny před vyšetřením lační a je podána premedikace (Dithiaden tbl., Prednison tbl.) podle zvyku konkrétního pracoviště. Celé vyšetření trvá asi 20 minut. Výsledky jsou k dispozici jak písemně, tak ve formě obrazových snímků.

1.5.5 Magnetická rezonance mozku (MR mozku)

Vyšetření probíhá v magnetickém poli a na některé diagnózy je citlivější metoda CT. Lékař se táže klienta na *přítomnost kovových materiálů* v těle, jako jsou například cizí tělesa, chirurgický materiál, kardiostimulátor, kochleární implantát, v tomto případě pacienta nelze vyšetřit MR. Dále informuje klienta o

⁹ BAREŠ, Martin. *Diagnostika a klinické příznaky Parkinsonovy choroby*. Neurologie pro praxi. 2001, č. 1, s. 24

hlučnosti a zmenšeném prostoru v přístroji MR. Pokud pacient trpí úzkostí či klaustrofobickými pocity, podáváme *premedikaci* většinou jednorázově anxiolytiky, léky na snížení úzkosti. V případě těžších případů lze provádět vyšetření MR *i v celkové anestezii*. Pacient odstraní veškeré zdobné kovové materiály. Poté je položen na posuvné lůžko, je opět upozorněn, že má ležet v klidu. Zdravotnický pracovník nabídne *špunty do uší* proti hluku a do ruky vloží pacientovy signalizační zařízení, s nímž v případě obtíží pacient může přivolat personál. Pacient je postupně posunut do tunelu MR až zhruba po břicho, má zavřené oči a odpočívá. Přístroj pracuje a vydává hluk. V případě nutnosti lze aplikovat při MR intravenózně kontrastní látku na bázi chelátu *gadolinia*. Vyšetření je časově náročnější, trvá asi 30-40 minut a výsledky jsou opět k nahlédnutí jak v písemné formě, tak ve formě obrazové dokumentace.¹⁰

1.5.6 SPECT DaTSCAN

Vyšetření jednofotonovou emisní tomografií SPECT (single photon emission computed tomography) probíhá na základě intravenózního podání zářiče *DaTSCAN* (látko *Ioflupan*). Při vyšetření se pozoruje vychytávání látky v oblasti bazálních ganglií. Vyšetření je *časově pro pacienta náročné*. Příprava spočívá ve *vysazení léků ze skupiny antidepresiv, psychostimulancií, anorektik a anticholinergik*, které mohou výsledek vyšetření ovlivnit. Asi jednu hodinu před vyšetřením je provedena blokace štítné žlázy jodidem draselným. Za tři hodiny po aplikaci začíná samotné snímkování. Upřesňuje nám diferenciální diagnostiku u Parkinsonovy nemoci. Výsledky snímání jsou počítačově zpracovány písemnou i obrazovou formou.¹¹

1.6 Léčba

Léčba spočívá ve zmírnění příznaků nemoci a v co největším i nejdelším uchování soběstačnosti a autonomie jedince.

¹⁰ ŠALANDOVÁ, Hana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí*. Bakalářská práce. Praha: 2011, s. 18-19

¹¹ AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum, 2006. 124-127. ISBN 80-7262-433-4, ISBN 80-246-1258-5

1.6.1 Léčba léky

Léky podávané pacientům s Parkinsonovou nemocí (*antiparkinsonika*), nemají zásadní vliv na progresi této nemoci, pouze ovlivňují a zmírňují jeho příznaky. Tyto léky se nesmí náhle vysazovat, došlo by k nežádoucímu zhoršení příznaků a k znatelnému snížení pohyblivosti pacienta.

Dopaminergní léky

Substituce dopaminu probíhá prekurzorem dopaminu ***levodopou*** (L-DOPA). Léky *Nakom*, *Isicom*, *Madopar HBS*, *Stalevo* se podávají několikrát denně a to buď na lačno, nebo až hodinu po jídle, pokud bylo jídlo bohaté na bílkoviny (maso, ryby, mléko, ořechy). U pacienta se mohou vyskytovat nežádoucí účinky léčby dopaminem, jako je nauzea, zvracení, snížená chuť k jídlu, náhlé snížení krevního tlaku, arytmie, bludy, halucinace. Po pěti a více letech vzniká u pacienta situace, kdy je kratší doba, po kterou léky účinkují (*wearing-off fenomén*). Objevuje se nová situace, u pacienta se střídavě mění dobrý stav a náhlé zhoršení stavu („*on-off*“ fluktuace). Dále se mohou projevit křeče v končetinách (*dystonie*) a mimovolné pohyby (*dyskinezy*). L-DOPA se často kombinuje pro lepší účinky za hematoencefalickou bariérou s látkou *karbidopa* či *benserazid* (inhibitory dekarboxylázy).

Inhibitor katechol-O-methyltransferázy (COMT), ***entacapon*** (Azilect) zvyšuje šanci využití levodopy.

Inhibitory MAO-B (monoaminoxidázy typu B) jsou látky ***selegilin***, ***rasagilin***, opět zvyšují šanci na využití levodopy a tím i její lepší účinek.

Agonisté dopaminu jsou látky jako ***pramipexol*** (Mirapexin) či ***ropirinol*** (Requip), které přímo ovlivňují aktivaci dopaminových receptorů.

Stimulans dopaminergních receptorů, amatidin (Viregyt K, PK-Merz) je též antagonist NMDA-receptorů v BG. Usměňuje změny rovnováhy excitačního (glutaminergního) a inhibičního (dopaminergního) systému. Je dobře snášen, může se aplikovat i parenterálně.

Anticholinergní léky

Látky k potlačení cholinergní činnosti jsou používány především u přítomnosti třesu, mají pro pacienta parasymptolytický efekt. Používají se i parenterálně, jsou to látky *biperiden* (Akineton), *benztropin* (Apo-benzotropine), *procyclidin*, *orfenadrin*.¹²

1.6.2 Fyzioterapie

Tato léčba vede pod vedením fyzioterapeuta k tomu, aby byl pacient schopný provádět většinu pohybových činností a cvičení ve svém přirozeném prostředí a tím se zlepšila či udržela jeho pohyblivost, stabilita a samostatnost.

V rané fázi Parkinsonovy nemoci se léčba zaměřuje na samotnou motivaci pacienta k pohybové aktivitě, na *udržování jeho kondice*, na *správné držení těla* a provádění *dechových cvičení*. Pacient je ohrožen při pohybových obtížích pádem, proto se rehabilitační cvičení zaměřuje i na *posílení tělesné stability a rovnováhy* klienta. Ten může provádět aerobní aktivity zakončené strečkem, pokud nemá výrazné obtíže, které by mu cvičení znemožňovaly či ho jakkoliv omezovaly (chůze, nordic walking, plavání, jízda na kole, relaxační cvičení a jiné).

Ve středním období se objevují více příznaky typu semiflekčního držení těla v mírném předklonu, zhoršení chůze, narušení stability a poruchy jemné motoriky. Pacient některé svaly přetěžuje, jiné pro změnu používá méně. S tímto problémem pak mohou být spjaté objevující se bolesti v oblasti zad. Z důvodu vadného držení těla mělce dýchá. Rehabilitační cvičení se zaměřuje na *nácvik správného držení těla, chůze a mimiky*. Pacient provádí *dechová cvičení*. Při změnách rovnováhy se pacient učí *balančnímu cvičení*, které provádí nejprve na stabilním později na nestabilním podkladu. Při změnách jemné motoriky je možný *nácvik každodenních činností* s ergoterapeutem. Při provádění činností denní potřeby se u pacienta mohou objevovat různé pohybové obtíže, které zlepšuje a umožní zvládnout postupné *trénování různých pohybových strategií* jako například otáčení se na lůžku s i bez pomoci pomůcky, sed a vstávání.

¹² MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1356-4

V pozdním období nemoci se snažíme *udržet motivaci* pacienta i jeho nejbližších. Pacientovy prospívá jakákoliv *aktivita*, která ho baví a vede ho k pohybové aktivitě.

Při provádění běžných denních aktivit mohou nastat tři stavy, které pacienta různě pohybově omezují. Při těchto stavech pacient nepokračuje v započatém pohybu, ale je stimulován *natrénovanými technikami k zvládnutí* těchto *pohybových obtíží*. V každém případě při pokračování pohybu hrozí *pád* a úraz pacienta.

Freezing je stav, kdy pacient není náhle schopen vykonat jakýkoliv pohyb, byť by byl již v jeho průběhu. Klient zůstává stát ve strnulé póze.

Festinance se projevuje náhlým zrychlením chůze ve smyslu rychlého cupitavého kroku, jež nemůže pacient ovlivnit. "

Hesitance se projevuje v situaci, kdy se pacient chce rozejít, ale místo toho přešlapuje cupitavými kroky na stále stejném místě.¹³

1.6.3 Operační léčba

Neurochirurgická léčba je invazivním chirurgickým řešením stereotaktickou technikou při neúspěšnosti dosavadní terapie. Dnes je nejpoužívanější a nejšetrnější metodou **hluboká mozková stimulace** (DBS Deep Brain Stimulation), spočívá v trvalém zavedení elektrody do oblastí jader ovlivňujících motoriku, nejlepší efekt se prokázal při zavedení do subthalamického jádra.¹⁴ Elektroda je napojena na přístroj uložený v oblasti hrudníku, který produkuje signál o frekvenci vyšší než 100 Hz.¹⁵

¹³ PURŠOVÁ, Martina et al. *Parkinsonova nemoc Komplexní fyzioterapeutický pohled*. Praha: Novartis s.r.o., 2011. 14-43

¹⁴ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. RŮŽIČKA Evžen. TICHÝ Jiří et al. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2002. 2005. 198-199. ISBN 80-7262-160-2, ISBN 80-246-0502-3

¹⁵ ŠALANDOVÁ, Hana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí*. Bakalářská práce. Praha: 2011, s. 27-28

1.6.4 Režimová opatření

Jsou různá *opatření u pacienta samotného i v jeho prostředí*, které umožňují samostatné a pohodlné provádění každodenních činností v přirozeném prostředí. Pacient si pořizuje pomůcky, oblečení a obuv usnadňující péči o jeho osobu. V domácnosti se upravují pro lepší pohyb opěrné body, odstraňují se překážky, které by mohly způsobit pád a následné zranění. Jsou instalovány různé pomůcky napomáhající pohybu, ať už je to provaz navázaný k posteli pro lepší vstávání nebo instalace dotykových světel či madel. Na aktivity je plánováno více času a je předem stanoven čas pro užívání léků. Pacienti i jejich blízcí jsou podporováni, mohou navštěvovat například různé aktivity společnosti Parkinson či denního stacionáře Parkinson.¹⁶

1.7 Diferenciální diagnostika PN

Diagnostika se zabývá odlišením Parkinsonovy nemoci od Parkinsonských syndromů, které vznikají z jiných příčin.

Příčina vaskulární se projevuje po prodělaných vícečetných infarktech v bazálních gangliích, především ve striátu. Převažují pohybové a kognitivní obtíže, poruchy vyprazdňování, ale neprojevuje se klidový třes.

Příčina poléková vzniká po podání lékových skupin, jako jsou neuroleptika.

Příčina poúrazová může být způsobena poškozením v určité oblasti mozku.

Příčina postanoxická se objevuje po mozkové hypoxii.

Příčina toxická se vyskytuje po otravě oxidem uhelnatým nebo po intoxikaci manganem. Vzniká při déletrvajícím působení manganu.

Příčina postinfekční je zapříčiněna encefalitis.

¹⁶ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. RŮŽIČKA Evžen. TICHÝ Jiří et al. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2002. 2005. 199. ISBN 80-7262-160-2, ISBN 80-246-0502-3

*Odlišení esenciálního tremoru je důležité z hlediska léčby. Terapie antiparkinsoniky je u esenciálního tremoru neúčinná.*¹⁷

1.8 Vývoj nemoci PN

Nemoc postupuje u každého jedince velmi individuálně, nedá se dopředu přesně odhadnout, jak bude průběh onemocnění PN vypadat. Díky vývoji léčby a neustálému pokroku v této oblasti se však postupně aplikují nové možnosti terapie.

Parkinsonova nemoc je vzácná v *dětství* a *dospívání*, pokud se v tomto období projeví, jde o vzácnou geneticky podmíněnou formu nemoci.

Jedinci postižení okolo *čtyřicátého roku života* dobře akceptují léčbu antiparkinsoniky. Avšak mohou mít často zhoršení poruch pohybu, jako jsou neovladatelné mimovolné pohyby těla i končetin či nárazově nemožnost pohybu. Přidávají se obtíže psychiky a vegetativního systému.

Mezi padesátým a šedesátým rokem života se Parkinsonova nemoc objevuje nejčastěji, po sedmdesátém roce věku jedince nemoc rychleji progreduje, nereaguje tak dobře na lékovou terapii. Současně se dostávají jak hybné, tak kognitivní a psychické obtíže i jako vedlejší důsledek léčby.¹⁸

2.1 Údaje pacienta

Všechny identifikační a anamnestická data pacienta jsem získala ze zdravotnické dokumentace klienta či rozhovorem s pacientem a jeho manželkou. Pacient dal souhlas s použitím jeho osobních údajů k vypracování mé práce a aktivně se při jejím zpracování podílel svoji ochotou a spoluprací.

Iniciály: P. H.

Věk: 75 let

Pohlaví: muž

¹⁷ AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum, 2006. 237-238. ISBN 80-7262-433-4, ISBN 80-246-1258-5

¹⁸ ROTH, Jan et al. *Parkinsonova nemoc*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 37. ISBN 978-80-7345-178-3

Stav: ženatý

Nejblíží příbuzní, známí, které lze kontaktovat: manželka, s níž žije v domácnosti

Povolání: důchodce, řídí vlastní firmu (s.r.o.), časté cesty do zahraničí

Vzdělání: střední odborná škola

Bydliště: Praha

Národnost: česká

Vyznání: ateistické, katolickou víru nevyznává, ale říká, že ji má rád a taky v něco věří

Zdravotnické zařízení: neurologická ambulance

2.2 Anamnéza

2.2.1 Rodinná anamnéza (RA)

Matka zemřela ve věku 63let na onkologické onemocnění karcinom jater. Otec zemřel v 84 letech na onkologické onemocnění prostaty s metastázami do kostí, též karcinom. Pacient má o dva roky staršího bratra, léčí se na diabetes mellitus II. typu na terapii perorálními antidiabetiky (POAD) a na dnovou artritidu (DNA). Má dva syny, jsou bez zdravotních obtíží a od staršího syna dvě vnoučata chlapce, kteří jsou zdraví. V historii rodiny se častěji vyskytují onkologická onemocnění a diabetes mellitus 2. typu.

2.2.2 Osobní anamnéza (OA)

Porod: bez obtíží, pacient je druhé dítě

Onemocnění, operace: běžné dětské nemoci

1952 apendektomie

1998 operace tříselné kýly vpravo

2004 zjištěna Parkinsonova nemoc, zahájena léčba

2007 Arteriální hypertenze, nyní dekompenzace ve smyslu náhlé hypotenze

2010 operace karpálního tunelu vpravo

Úrazy: pacient neguje

Pohlavní choroby: 0

Alergie: neudává přítomnost žádné alergie

Kompenzační pomůcky: používá brýle nablízko, má umělý chrup

Abusus: nekuřák, alkohol pije příležitostně pouze v malých dávkách

Fyziologické hodnoty:

180cm 89kg TK 166/97 (hypertenze) P 85' TT 36,5C D 19 BMI 28 (nadváha)

2.2.3 Pracovně sociální anamnéza (PSA)

Pacient vystudoval střední odbornou školu, je ženatý. S manželkou žije v jedné domácnosti ve spokojeném manželství. Má dva syny a od staršího syna dvě vnoučata.

Je v důchodu, ale pracuje stále ve své soukromé firmě, často podniká pracovní cesty do zahraničí. Práce ho naplňuje a baví ho.

2.2.4 Průběh nemoci

Pacient se léčí od roku 2004, kdy byla zjištěna Parkinsonova nemoc.

Do naší ambulance dochází od dubna roku 2010, kdy ukončil studii s látkou *lisurid* aplikované náplastí. Látka *lisurid* patří do skupiny derivátů námelových alkaloidů, projevuje se jako agonista dopaminu. Do naší ambulance se pacient dostal dva týdny po ukončení aplikace náplastí. U klienta byl zhoršen třes levé horní končetiny, stěžoval si na občasný výtok slin, zhoršenou výkonnost a únavnost. Pacient byl bez poruchy rovnováhy. Závěr byl nedostatečně hybně kompenzovaná Parkinsonova nemoc. Pozvolna byla nasazena a titrována látka *rotigotin* agonista dopaminu v léku *Neupro* aplikující se v transdermální náplasti po 2 mg. Po týdnu pacient zvýšil *Neupro* na 8 mg jednou denně. Pacient byl poučen o aplikaci transdermální náplasti a výskytu nežádoucích účinků. Kontrola byla naplánována za měsíc.

V únoru roku 2011 si chce pacient prodloužit posudek k schopnosti řízení motorového vozidla s platností na jeden rok. Lékař doporučuje psychologické vyšetření k posouzení schopnosti řízení. Pacientovi je provedeno elektroencefalografické vyšetření (EEG) se závěrem abnormálního nálezu vpravo temporálně. V březnu 2011 následuje provedení CT vyšetření mozku

nativně s nálezem kalcifikace v choroidálních plexech a epifýze. Vyšetření je hodnoceno jako značná korová atrofie. Hodnotící škála UPDRS byla stanovena na třicet tři bodů.

Od května roku 2011 je dávka léku Neupro zvýšena na 12 mg jednou denně pro zhoršené pohybové obtíže. Pacient je pohybově zlepšen.

V zimě roku 2012 klient udává při kontrolní návštěvě problém s kolísáním krevního tlaku, spojené s pocity slabosti, zhoršení hybných obtíží, poruchu usínání a problém s vyprazdňováním stolice. Má obtíže s aplikací náplasti.

2.2.5 Nynější obtíže (NO)

V zimě roku 2012 klient udává při kontrolní návštěvě problém s kolísáním krevního tlaku, spojené s pocity slabosti, zhoršení hybných obtíží, poruchu usínání a problém s vyprazdňováním stolice. Má obtíže s aplikací náplasti.

Neurologicky nález:

bez vývoje, lucidní, orientován, bez poruchy řeči, šíje ameningeální, izokorie, fotoreakce +, bez nystagmu, bez diplopie, bez ptozy, n.V:čítí normální, masseter. r. přiměřený, n. VII - cení sym., lagoftalmus 0, ax.r. negativní, Chvostek negativní, jazyk středem, dáivý reflex přiměřený, horní končetiny hyporeflexie C5/8 bilaterálně, dolní končetiny areflexie L2/S2 bilaterálně, v hodnotící škále UPDRS pacient dosahuje čtrnácti bodů

2.2.6 Farmakologická anamnéza (v době stanovení ošetřovatelských diagnóz)

Neupro 4 mg/24 h DRM EMP TDR 28X9 mg 1-0-0

Neupro 8 mg/24 h DRM EMP TDR 28X18 mg 1-0-0

Stilnox tbl. podle potřeby 0-0-0-1

Prestarium Combi tbl. 1-0-0

3. Ošetrovatelská část

3.1 Ošetrovatelský proces (OP)

Ošetrovatelský proces je metoda, která umožňuje poskytování celkové ošetrovatelské péče komukoliv a v jakémkoliv prostředí zdravotní péče s možností průběžného přehodnocování poskytované péče dle základních potřeb nemocného, aktuálního zdravotního stavu jedince a dalších individuálních kritérií.

Ošetrovatelský proces zahrnuje 5 fází, které na sebe navazují a současně se propojují.

3.1.1 Ošetrovatelská anamnéza

Je fáze, jež zahrnuje získávání informací o jedinci a jeho zdravotním stavu, třídění i záznam informací do dokumentace. Data získáváme od pacienta, rodiny, nejbližších či svědků rozhovorem s kladením konkrétních otázek, samotným pozorováním jedince, jeho základním fyzikálním vyšetřením nebo s použitím měřících metod, například hodnotících škál, dotazníků. V této fázi i dalších navazujících fázích nesmí chybět následné průběžné sledování a doplňování dalších nových informací.

3.1.2 Ošetrovatelská diagnóza

Na základě analýzy a vyhodnocení získaných informací stanovujeme aktuální či potenciaální ošetrovatelské diagnózy plynoucí z konkrétních identifikovaných potřeb a stavu pacienta. Při stanovení ošetrovatelských diagnóz používáme klasifikační systém NANDA II.

3.1.3 Plán ošetrovatelské péče

Seřadíme ošetrovatelské diagnózy dle naléhavosti jejich vyřešení pro pacienta. Formulujeme samotné cíle, jichž chceme dosáhnout a to tak, aby byly reálné i časově měřitelné, ať už jsou to cíle krátkodobé či dlouhodobé. Stanovíme bezpečné, přiměřené intervence a výsledná kritéria. To znamená komu, jakou činností a za jakých časových podmínek provádíme stanovené intervence, které

pak zhodnotíme. Individuální plán ošetrovatelské péče přizpůsobujeme vývoji situace okolo jedince a podrobně zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.

3.1.4 Realizace ošetrovatelského plánu

Zaujímá všechny vykonané činnosti, které jsou u jedince prováděny s cílem dosažení konkrétních výsledků. Je veden záznam v ošetrovatelské dokumentaci.

3.1.5 Zhodnocení

Zjišťujeme, zda byly splněny stanovené cíle u konkrétních ošetrovatelských diagnóz. Opětovně komplexně hodnotíme cíle, jež nebyly úspěšně dosaženy. Stanovujeme další možné intervence a upravujeme ošetrovatelský plán. Zjišťujeme dosažených výsledků v ošetrovatelském plánu, i u pacienta samotného. Provádíme záznam do ošetrovatelské dokumentace jedince.¹⁹

3.2 Marjory Gordon a její model péče

K popisu ošetrovatelské anamnézy u vybraného pacienta jsem si vybrala model Marjory Gordon. Paní doktorka Gordonová jako charisimatická osobnost působí, jako zasloužilá profesorka na Vysoké škole v Bostnu a na Ošetrovatelské škole W. F. Connella. Celou svoji životní kariéru se věnuje vývoji ošetrovatelství. Podkladem pro tuto práci je jedno z jejich děl model dvanácti funkčních vzorců zdraví.²⁰ Model péče podle Marjory Gordon přistupuje k člověku komplexním holistickým přístupem, je uplatňován v ošetrovatelských anamnézách, jež se u nás používají. Jedinec je ovlivňován bio-psycho-sociální interakcí. Marjory Gordon popisuje dvanáct funkčních vzorců zdraví, jejichž součástí jsou funkce, dysfunkce či potencionální dysfunkce zdraví jednotlivce. Sestra zjišťuje informace pacienta a na jejich základě stanovuje ošetrovatelské diagnózy, samotnou realizaci a zhodnocení.

¹⁹ PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2011. 105-129. ISBN 978-80-247-3557-3

²⁰ JONES, Dorothy. *Marjory Gordon PhD, RN, FAAN, Named American Academy Living Legend*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 2010, roč. 21, č. 2, s. 80-81

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza je stanovena v den kontrolní návštěvy lékaře na neurologické ambulanci. Pacient přichází v doprovodu své manželky, která s ním nedochází pravidelně. Na základě informací získaných od pacienta i jeho manželky pozorováním, rozhovorem s kladením otázek a ze zdravotnické dokumentace nemocného stanovují konkrétní ošetřovatelské diagnózy. Z hlediska naplánování další kontrolní návštěvy lékařem za tři měsíce se soustředím na dlouhodobý cíl.

1. vnímání zdraví - udržování zdraví

Pacient vnímá své zdraví celkem pozitivně, cítí se spíše nadměrně motivován. Sám říká, že si nestěžuje. Neustále pracuje, řídí vlastní firmu, často cestuje do zahraničí. Doma pracuje na zahradě nebo v dílně. Řídí auto. Je schopen zvládat dobře denní aktivity. Udává, že dokud je takto výkonný, je s tímto svým stavem spokojen. S manželkou mají rádi aktivitu a dokáží se vzájemně podporovat. Na kontrolní prohlídky chodí pravidelně, léčbu dodržuje. Upozorňuje na obtíže s technikou aplikace transdermální náplasti. Občas se stane, že se náplast někde odlepí. Klient neví, co má udělat, aby náplast dobře držela.

2. výživa – metabolismus

Pacientova manželka při kontrolní schůzce udává snížený příjem tekutin manžela a to i pod 1 litr tekutin denně. Při snaze o urychlení stravování se občas zakucká. Popisuje, že občas jí vidličkou v pravé ruce, protože levá ruka se zvýšeně třese a on se chce v klidu najíst. Pacient nedodržuje žádnou dietu, podle BMI indexu má nadváhu. Má umělý chrup. Chut' k jídlu má, jídlo si samostatně dokáže připravit, pokud má čas. Větší obtíže má s přijímáním tekutin. Udává menší pocit žízně a málo času, pořád někde něco dělá či pracuje na zahradě. Pacient má suchou pokožku. Cítí se velmi časově vytížen, ale je takto spokojený. Říká, že je pořád v akci.

3. vylučování

Pacientova manželka při kontrolní schůzce udává snížený příjem tekutin manžela. Klient následně sděluje obtíže s vyprazdňování ve smyslu obstipace, na toaletu chodí jednou za čtyři až pět dní a vykonání potřeby provádí s námahou. Zjišťuji od manželky, denní aktivity a pracovní náplň pacienta. Činnosti ho zaměstnávají natolik, že pak jí a pije ve spěchu. Pohybové aktivity má tedy dostatečné. Ale příjem stravy není v klidu a strava pozbývá pestrost. Příjem tekutin je omezen na velmi malém množství. Klient sám udává menší pocit žízně.

4. aktivita – cvičení

Týden před návštěvou v ordinaci pacient spadl do výkopu při stavbě plotu, udává únavnost, pocit točení hlavy a slabost.

Při návštěvě ordinace pak pacient udává neohrabanost, akcentaci třesu levé horní končetiny, pocit svalové ztuhlosti, zpomalenost, únavnost a nevykonnost. Je schopen zvládat denní aktivity, spíše však s nadměrnou motivací. Stále více pracuje v dílně, i v mrazech. Občas jí vidličkou v pravé ruce. Udává zhoršení písma, lepší je pro něho psaní na notebooku, který rád používá.

5. spánek – odpočinek

Pacient uvádí poruchu spánku. V noci spí hůře, budí se během noci, obtížně usíná a brzy se probouzí. Spí v průměru čtyři hodiny u televize. Občas dle potřeby používá hypnotikum (Stilnox 1 tbl.), přes den se pak cítí nadměrně ospalý. Živé sny vcelku nemá. Má obavu, aby neusnul při výkonu práce.

6. citlivost (vnímání) – poznávání

Hovořím se vtipným plně orientovaným společníkem, vždy je usměvavý, dobře naladěný. Někdy trvá, než se mu podaří mi odpovědět, udává občasné zpomalení řeči, nemožnost vyslovovat rychle. Je velmi dochvilný a vypadá, jak kdyby pořád chtěl něco vykonávat, někam běžet. Je zvyklý být velmi zaměstnán a dělá mu radost, když má za něco zodpovědnost či kdy může být aktivní. Když má čas, rád čte. Avšak musí používat brýle na čtení zblízka, aby si knihu mohl

pročítat. Ostatní smyslové záležitosti udává v pořádku. Říká, že si pamatuje si vše, co si pamatovat potřebuje.

7. sebepojetí sebeúcta

Pacient udává, že při práci v předklonu občas zapomene na možnou zvýšenou tvorbu slin. Když chce rychle někomu odpovědět, vytečou mu z úst sliny. Necítí se při tom úplně nejlépe. Sděluje při telefonování zhoršené pomalejší vyslovování a tím i ztíženou komunikaci a vyjadřování v kontaktu s okolím.

8. role – vztahy

Klient funguje v rodině jako milující manžel, šťastný otec, tchán a dědeček. Je spokojen v manželství. Má dobré vztahy se syny, často se navštěvují. Synové mu v jeho podnikatelských aktivitách jsou nápomocni. Největší radostí jsou ovšem dva vnuci, se kterými rád tráví čas. V práci je aktivním a zodpovědným šéfem a pracovníkem v jedné osobě.

9. reprodukce – sexualita

S manželkou žije pacient ve velmi spokojeném šťastném manželství již padesát let. Má dva syny. Obtíže v této oblasti neguje.

10. stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

Optimisticky laděný pacient si nechce v tuto chvíli připouštět, že by měl být nesoběstačný. V této době je vyrovnaný se svojí nemocí, snaží se čerpat znalosti z dostupných informací, aby si svůj život, co nejvíce zpříjemnil a zůstal aktivním. Při vzniku obtíží se snaží věci řešit, má velkou podporu své ženy i rodiny.

11. víra, životní hodnoty

Při tomto dotazu se pacient usmívá, udává ateismus. Hned ale dodává, že přece jen v něco věří a katolická víra mu nevádí, rád s katolicky věřícími promlouvá a diskutuje na různá témata.

12. jiné

Informace jiného charakteru nezjištěny.

3.4 Ošetrovatelské diagnózy

- **Porucha usínání a spánku v důsledku nerovnováhy režimu během dne**
- **Porucha vyprazdňování (obstipace) vlivem nedostatečného příjmu tekutin a nevhodné skladby stravy**
- **Riziko ztráty soběstačnosti při pohybových obtížích**
- **Riziko pádu a následného úrazu z důvodu hypotenze**
- **Nedodržení zásad aplikace léčebných náplastí**

3.4.1 Porucha usínání a spánku v důsledku nerovnováhy režimu během dne

Ošetrovatelský cíl

Pacient je seznámen s poznatky doporučovanými pro zdravý spánek, s úpravou pohybového režimu během dne i režimových opatření. Je schopen tyto poznatky využít pro zlepšení kvality svého spánku. Porucha spánku pacienta, tím i snížená kvalita spánku se zmírní či je zcela odstraněna.

Ošetrovatelský plán

Zjištění informací o každodenních aktivitách během dne, lécích užívaných pacientem a návycích týkajících se pacientova spánku zhodnotíme.

Pacientovi jsou v nerušeném prostředí, s dostatkem času předávány edukačním rozhovorem poznatky o zásadách vhodných pro zdravý spánek a poznatky o možné úpravě každodenních aktivit během dne, jejich časovém rozplánování, o režimových opatřeních týkajících se pacientova domácího prostředí.

Lékařem vydán recept na 1 balení hypnotika (Stilnox), kdy pacient může použít v případě potřeby ½ až 1tbl. na noc.

Realizace ošetrovatelského plánu

Doporučila jsem pacientovi edukačním rozhovorem vhodnost spánku ve vyvětrané nehlukné místnosti s teplotou 18-20 C. Vysvětlila jsem pozitivní dopad

pravidelnosti denní doby a to usínání i probouzení. Zdůraznila jsem vhodnost úpravy přiměřené psychické i fyzické denní aktivity, avšak ne v době před samotným spánkem.

Doplnila jsem o informace o úpravě místa určenému k spánku, k nimž patří dostatečně vysoká polohovatelná postel s kvalitní pevnou matrací a s kvalitním polštářem. V okolí postele by měly být odstraněny veškeré překážky, k posteli by pacient mohl použít lana či hrazdičky pro usnadnění vstávání. Na dosah ruky z postele by měl mít vypínač pro světlo.

Informovala jsem pacienta o užití uklidňujících tekutin podporujících navození spánku (čaje podporující spánek) a nevhodnosti kouření, stravování, požívání kofeinových nápojů a alkoholu v bezprostřední době před spaním. Řekla jsem pacientovy, že pokud neusne do 30 minut, může použít techniku provádění monotónních činností. Při projevech pocitu ospalosti doporučuji návrat na lůžko. Při výskytu negativních myšlenek sděluji pacientovy znalost potlačení těchto myšlenek, možnost osvojení si relaxačních technik, rozsvícení tlumeného světla či tiše hrající rádio.

Hodnocení ošetrovatelského plánu

Pacient zná a využívá doporučení sdělené edukací. Při telefonickém objednání k návštěvě lékaře po 2,5 měsících od poslední kontroly, kdy pacient potíže uvedl, mi sděluje, že hypnotikum předepsané lékařem v případě potřeby, již nevyužívá vůbec. Spánek je zlepšen, usíná i v 21 hodin, přes noc spí lépe, přes den je již bez zvýšené spavosti. Vysvětluje mi svůj poznatek. S manželkou si pořídili kotě. Předoucí kotě ho uklidňuje, zpříjemňuje pacientovy dobu před spaním. Pacient usíná a spí od té doby bez jakýchkoliv obtíží. Pacient si poznatek chválí, doporučuje tuto zkušenost i jiným pacientům.

3.4.2 Porucha vyprazdňování stolice (obstipace) vlivem nedostatečného příjmu tekutin a nevhodné skladby stravy

Ošetřovatelský cíl

Pacient přijímá dostatek tekutin a nemá poruchu vyprazdňování ve smyslu obstipace. Zná doplňující informace o usnadnění stravování.

Ošetřovatelský plán

Zhodnocení příjmu tekutin, stravování a skladby stravy pacienta, denního pohybového režimu. Zjištění informovanosti manželky i pacienta o následcích nedostačujícího přísunu tekutin a nevhodného složení přijímané potravy. V plánu je použití volně prodejných změkčovadel stolice a popíjení vod podporujících peristaltiku gastrointestinálního traktu. Předávání informací o zlepšení samotného stravování.

Realizace

S pacientem a jeho manželkou hovořím o nutnosti dostatečného příjmu a pravidelnosti tekutin a stravy během dne. Tekutin by měl pacient přijmout 1,5-2 litry za den. Stravu doporučuji pestrou, menší porce vícekrát denně. Vysvětluji vhodnost vypítí sklenice vlažné tekutiny po ránu a důležitost přijímání tekutin během dne i jídla.

Mluvíme o složení stravy, do které je vhodné zařadit vysokozbytkovou stravu (obiloviny, zeleninu, ovoce obsahující vlákninu), v možném případě použití osvědčeného pojidání švestkového kompotu či užití kostky z granátového jablka vhodné k změkčení stolice a tím lepšího vyprazdňování. Doporučuji popíjení minerálních vod (Šaratice).

Doplňuji informace o zlepšení samotného stravování a vymezení si dostatečného času na přípravu a pojidání stravy a pokud možno doporučuji společné stravování. Na stůl může pacient použít protiskluzovou podložku a nerozbitné nádobí s velkými úchyty, pití brčkem usnadní příjem tekutin.

Jestliže se u pacienta vzniknou obtíže s polykáním, může klient stravování začít vypít trošku studené vody. Poté se stravuje ve vzpřímeném sedu, bez předklonu hlavy. Při zvětšování se obtíží s polykáním je třeba upozornit lékaře, který může doporučit péči logopeda. Logoped se soustředí na nácvik mluvení i polykání.

Doplňuji o informaci souvislosti s pohybovou aktivitou.

Hodnocení

Pacient při další schůzce přijímá 1,5 až 2 litry tekutin denně, zná a využívá pestřejší skladbu stravy. Byla zcela odstraněna porucha vyprazdňování u pacienta.

3.4.3 Riziko ztráty soběstačnosti při pohybových obtížích

Ošetřovatelský cíl

Pacient je seznámen s vhodností udržování přiměřené pohybové aktivity a provádění úkonů běžných denních činností. Je zachována jeho osobní nezávislost. Úkony denní potřeby je schopen provádět sám. Pacient je schopen fungovat v běžném denním životě, jak v domácím prostředí, tak po stránce kontaktu s okolím.

Ošetřovatelský plán

Zjištění průběhu provádění běžných denních aktivit a pohybového režimu pacienta. Zhodnocení soběstačnosti pomocí Barthelova testu základních všedních činností ADL (Activity of Daily Living), jež obsahuje 10 bodů, jako je příjem potravin, tekutin, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a kontinence stolice, použití toalety, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech. Klient může dosáhnout celkově až 100 bodů, což znamená nezávislost jedince. Edukace pohybového režimu fyzioterapeutem.

Rozhovorem s pacientem a pečující manželkou v nerušeném prostředí, s dostatkem času jsou předány edukačním rozhovorem poznatky o možnostech usnadnění běžných denních aktivit, o vhodnosti rozplánování aktivit během dne

s dostatečným časem pro jejich vykonání pacientem. Doplnění o svoji osobní péči pro pečující osobu.

Zjištění okolností průběhu stravování, zhodnocení návyků při přijímání potravy, snaha o informovanost vybavení pomůckami usnadňující stravování. Získání informací o komunikaci pacienta se svým okolím. Vedení edukačního rozhovoru s pacientem o možnostech vylepšení nynějšího stavu. Vybavení pacienta informačním letákem o provádění fyzioterapeutických cviků, které usnadňují artikulaci, žvýkání i polykání a příručkou ke zlepšení cvičení celkového hybného stavu.

Realizace

Hovořím s pacientem a manželkou o přístupu a možnostech v jejich domácím prostředí, o režimových opatřeních (umístění strategických opěrných měkkých bodů v rámci bytu, odstranění překážek z míst chůze jako prahy, koberce, nábytek, o vhodnosti instalace zábradlí či madel v potřebných místech, dostatečného osvětlení, aplikace protiskluzových podložek či bot). Na sezení doporučuji používat stabilní židli s opěradly na ruce, nevhodný je sed na měkkém podkladě, ze kterého se hůře vstává.

Sděluji, že náročné pohybové aktivity je vhodné provádět v době největšího účinku léků například osobní hygienu. Pacient je veden k samostatnému vykonávání svých denních běžných aktivit. Dopomoc manželky či jiné osoby přichází pouze v případě, že pacient není již schopen úkon dokončit či provést sám. Pacient je ústně a názorně poučen fyzioterapeutem o pohybovém režimu. V případě provádění hygieny, oblékání se snažím doporučit vlídné a trpělivé motivování pacienta k provádění těchto aktivit.

Při hygieně by měl mít pacient všechny potřebné propriety ve svém dosahu. Koupelna, toaleta i schody by měly mít madla a protiskluzové podložky. Ve sprše vysvětluji vhodnost židle, ve vaně sedačku pro usnadnění provádění hygieny a snížení rizika pádu. Jestliže je v sanitárním zařízení páková baterie a dávkovače, je to pro pacienta s výhodou. Při holení či čištění zubů usnadňují péči elektrické pomůcky. Na toaletě může být aplikován i nástavec.

Při oblékání oděvu či obouvání bot by měl mít pacient po ruce stabilní židli či stoličku, nejlépe s opěradlem. Pacient nosí košile rád, i když má obtíže se zapínáním knoflíků, doporučuji pořízení větších knoflíků. V případě potřeby usnadnění oblékání doplňuji o vhodnosti užití zipů na oblečení a jejich kroužků na lepší uchopení zipu. Je vhodné nošení volnějšího oblečení, kalhot na gumu v pase, které lze snadněji použít v případě oblékání. Lze využít boty nazouvací či obuv na suchý zip, které by měly být pevné přes patu. Při obouvání doporučuji použití dostatečně dlouhé lžice na boty.

Podílím se na předávání zkušeností v případě stravování (výběr správné doby nejvyššího účinku léku, dostatek času, poloha při přijímání stravy v mírném předklonu, neklouzavé podložky, nerozbitné či hluboké nádoby, přijímání tekutin během stravy, vhodným doplňkem je brčko nebo hrníček s uzavřeným víkem s otvory). Vysvětluji možné riziko aspirace při stravování se drobnou stravou.

Při poruchách výslovnosti vysvětluji plánování si předem podávaných informací, týkajících se telefonického rozhovoru a tím i snížení úzkosti z telefonické komunikace. Doplnuji o možnost spolupráce s logopedickým pracovištěm. Vysvětluji vhodnost nácviku fyzioterapeutických cviků pro zlepšení pohyblivosti obličejových, žvýkacích a polykacích svalů nejprve pod odborným vedením, později pravidelné provádění cviků doma před zrcadlem.

Zdůrazňuji vliv zařazení volnočasových aktivit a společenských kontaktů do režimu dne.

Vysvětluji pečující manželce zkušenosti s péčí o pacienty a s nutností provádění následné osobní psychohygieny pečujícího. Pacient a jeho manželka využívají poznatků z edukace. Pacient se při další návštěvě cítí pohybově kompenzován, o víkendu zoral celou zahradu půdní frézou.

Pacient vnímá sám sebe uspokojivě. Zná doporučení při stravování, ať už doma, tak i ve společnosti. Ví, v kterých situacích musí brát ohled na zvýšenou tvorbu slin. Je schopen běžně úspěšně komunikovat.

3.4.4 Riziko pádu a následného úrazu z důvodu hypotenze

Ošetrovatelský cíl

Pacient a jeho manželka jsou seznámeni s příznaky vzniku hypotenze, využívají preventivních opatření snižujících riziko následného pádu a úrazu. Pacient se cítí bezpečněji. Přijímá dostatek tekutin.

Ošetrovatelský plán

Zjištění pohybového režimu pacienta, užívaných léků, příjmu stravy a tekutin. Edukačním rozhovorem a poskytnutím edukačního materiálu přispění k minimalizaci vzniku pádu a následného úrazu. Využití poznatků z bezpečnostních opatření pro omezení vzniku pádu.

Realizace

Vysvětluji nácvik postupného vstávání z lůžka, poukazuji na možnost využití pomůcky jako je lano na přitáhnutí se do určité polohy.

Doplňuji o informace o různých opatřeních zajišťujících bezpečnější prostředí pro pacienta (světlo na dosah, dveře otevírající se ven hlavně na toaletě a v koupelně, možná instalace signalizačního zařízení v případě nouze, protiskluzová obuv, odstranění překážek, aplikace protiskluzových opatření). Sděluji, že v případě vzniku obtíží je vhodné pravidelné sledování a záznam hodnot krevního tlaku vleže, vsedě i ve stoji. Při výskytu obtíží, v tomto případě zjištění, zda pacient užívá antihypertenziva a kontaktování lékaře.

Vysvětluji použití preventivních opatření, které minimalizují toto riziko. Ověřuji si, zda pacient zná možnosti předcházení vzniku hypotenze a zda si je osvojil. Zjišťuji bilanci tekutin a doporučuji dle potřeby zvýšení příjmu tekutin.

Při zjištění nízkého krevního tlaku vysvětluji pacientovy vhodnost dosolování pokrmů, vhodnost zvýšené polohy trupu na lůžku, při chůzi možnost užití kompresivních punčoch.

Hodnocení

Pacient a jeho manželka jsou obeznámeni s možnými příznaky hypotenze, s pohybovým režimem, při vznikajících obtížích ví, jak se zachovat v rámci preventivních opatření pádů a následných úrazů. Pacient přijímá dostatek tekutin i stravy.

3.4.5 Nedodržení zásad aplikace léčebných náplastí

Ošetrovatelský cíl

Pacient je seznámen s aplikací léčebné náplasti, zná místa použití. Zná poznatky, kterých by si měl všimnout při aplikaci náplasti a umí náplast správně aplikovat. Jeho manželka je s lepením léčebné náplasti seznámena také.

Ošetrovatelský plán

Zjištění znalostí a dovedností při aplikaci léčebných náplastí. Edukačním rozhovorem, nácvikem samotné aplikace náplasti a poskytnutím edukačního materiálu o použití dojde k omezení nesprávné aplikace náplasti.

Realizace

Rozhovorem s pacientem a jeho ženou analyzují obtíže s aplikací léčebných náplastí. Doporučují uchovávání náplasti při teplotě 2-8 C. Vysvětlují jim vhodná místa aplikace náplasti, jako jsou paže, ramena, stehna, břicho či boční strana pupku, kyčelní oblast. Místa je vhodné střídát a to tak, aby stejné místo bylo použito v případě nutnosti s odstupem dvou týdnů. Náplast pacient lepí jedenkrát denně na suchou, nemastnou kůži, bez defektu. Náplast není znehodnocena při koupání, plavání či sportu, může být však poškozena otěrem velmi těsné části oblečení, například gumou v kalhotách či páskem. Po výkonech spojených s nadměrným pocením či použitím vody je vhodná kontrola náplasti, zda je správně přichycena. Nevhodné je tepelné působení na místo náplasti, ať už slunečním zářením, horkou sprchou či koupelí či nahříváním různými tepelnými zdroji. Přípravky s obsahem olejovité struktury jako krémy, pudry, olejové vody snižují přilepení léčebné náplasti a proto se nedoporučuje ani jejich užití v oblasti

aplikace. Pokud je náplast odlepena, doporučuji nahradit novou transdermální náplastí, jež se pak vymění v obvyklé době dalšího následného podání léku.

Provádím nácvik aplikace léčebné náplasti s pacientem a jeho manželkou. Šetrně odstraníme použitou náplast. Pokud je místo pokryté chlupy, je vhodné ho oholit. Místo opláchneme vodou a použijeme mýdlo či dětský olej pro očištění případných zbytků po aplikaci. Jiné prostředky by se neměly používat pro případné dráždění a poškození kůže. Očistíme místo nové aplikace. Otevřeme pevných úchopem obal, vyndáme léčebnou náplast. Na lepící straně náplasti je ochranná fólie, uprostřed je rozpůlena. Sundáme polovinu ochranné fólie. Náplast pevně uchopíme za nelepící stranu náplasti a přiložíme na kůži místa nové aplikace. Lepící část náplasti přitlačíme na pokožku. Stranu náplasti s ochrannou fólií poté přeložíme směrem dozadu a postupně odkryjeme druhou část náplasti, znovu přitiskneme celou náplast. Po samotném provedení aplikace si umyjeme ruce s použitím mýdla.

Hodnocení

Pacient i jeho manželka znají zásady správné aplikace náplasti. Umí správně aplikovat náplast. Pacient dodržuje léčebný režim.

3.5 Lázeňské a rekondiční pobyty

Rekondiční pobyty

Každý rok v jarním období probíhají nabídky týdenních či víkendových pobytů osob trpících Parkinsonovou nemocí. Lze je absolvovat pouze jednou za rok. Pobyty jsou podporovány a částečně hrazeny Ministerstvem zdravotnictví.

Pobyt je povolen na základě doporučení ošetřujícím neurologickým lékařem, který pacienta zná. Lékař posuzuje pacienta po stránce soběstačnosti, pohyblivosti a orientace, může doporučit i doprovod nemocného. Během pobytu jsou absolvována různá cvičení, která jsou prověřena a uznána garantujícím lékařem. Aktivity jsou sestaveny z trénování a procvičování všech možných pohybových, logopedických a jiných cvičení. Přibývá dnes zájemců o tyto typy pobytů, jež jsou ochotni si pro příznivou cenu rekondiční pobyt uhradit ze svého.

Lázeňské pobyty

Lázeňská terapie je odborná, prospívá celému organismu, stabilizuje a vylepšuje základní projevy onemocnění.

Pobyt v lázních je většinou třítydenní. Je plně hrazen pojišťovnou pouze v případě, že osoba trpící Parkinsonovou chorobou žádá o komplexní lázeňskou péči poprvé v životě. Každý následující pobyt v lázeňském zařízení je buď schválen pouze příspěvkově, nebo si celý pobyt musí pacient uhradit sám. Vždy odborný ošetřující lékař vyhotovuje zdravotní odborný posudek na nemocného. Ten přikládá k žádosti o poskytnutí lázeňské terapie vyplněného a potvrzeného od praktického lékaře pacienta. Poté jsou dokumenty zaslány nebo osobně pacientem či jeho blízkými odneseny ke schválení reviznímu lékaři do zdravotní pojišťovny. Po potvrzení dokumentů je návrh na lázeňskou komplexní léčbu zaslán přímo do zařízení poskytující lázeňské služby. Pověřená osoba lázní pacienta písemně kontaktuje, vyzve ho k nástupu k určitému datu.

Pacienta čeká nahlášení v přijímací kanceláři zařízení, jsou mu poskytnuty klíče od ubytování, na pokoji jsou většinou umístěni dva klienti. Dostává základní informace o orientaci a samotném provozu lázeňského zařízení. Klienta čeká vstupní lékařská prohlídka provedena lázeňským lékařem, který provede vyhodnocení zdravotního stavu pacienta a na základě výsledků indikuje konkrétní léčebné procedury v léčebném programu. Léčebnou péčí v lázních můžou být speciální koupele, masáže, aplikace vířivky, iontoforézy, parafínu, bahna, lávových kamenů, plavání, procvičování v bazénu, různé zábaly, mechanoterapie a jiné léčebné techniky.

Mnoho osob s Parkinsonovou nemocí se diví, jak je možné při tomto onemocnění je možnost absolvovat lázně jako komplexně hrazené ze zdravotního pojištění pouze jednou za život. Mnozí z nich nejsou v příznivé ekonomické situaci a tak si lázeňskou péči nemohou více dovolit, i když si myslím, že by měli mít nárok tuto péči absolvovat vícekrát s úhradou pojišťovny.

3.6 Společnost Parkinson o.s. a denní stacionář Parkinson

Společnost Parkinson o.s. je občanské sdružení, které se zaměřuje na podporu občanů postižených Parkinsonovou chorobou a jejich nejbližších. Funguje jako příspěvková organizace. Má členství v Evropské Asociaci Parkinsonovy nemoci (EPDA). Skupina pořádá společenské setkávání s kulturním vyžitím, odborné semináře, výlety, účastní se na odborných výstavách. Podílí se pravidelně na rehabilitačních cvičeních, sportovních akcích pro osoby s PN. Plánuje rekondiční pobyty a spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví v otázkách úhrad těchto pobytů. Navíc je v kontaktu s lékaři, kteří se angažují v rámci problematiky onemocnění.

Společnost má svůj klub a produkuje časopis Parkinson, ve kterém vydává spoustu zajímavých novinek, událostí, příběhů, podnětů a odkazů pro nemocné, blízké i širokou veřejnost. Výtisky se dostávají do specializovaných ambulancí a jsou přínosem i podporou osob s touto chorobou. Organizace má své internetové stránky www.parkinson-cz.net, provozuje fórum a chat. Kontakty na společnost získáme i v časopise Parkinson či u odborného lékaře. Sídlí na adrese ulice Volyňská 20 na Praze 10.

Denní stacionář Parkinson je otevřen ve všední dny pro pacienty s Parkinsonovou chorobou v různých stádiích v domově pro seniory. Navštěvovat toto zařízení může každý, nezáleží na době onemocnění. Při pobytu jsou v programu ergoterapeutické činnosti, různá skupinová cvičení, společenské aktivity a trénink paměti. Poplatky za aktivní pobyt ve stacionáři je možno použít z příspěvku na péči. Pacient, který příspěvek nepobírá, hradí péči sám. Sídlí na adrese ulice K Milíčovu 734 na Praze 4.

3.7 Edukace, psychohygienu pečujícího

Edukace poskytovaná pacientovi i jeho manželce má svá určitá pravidla. Je důležitá z hlediska pomoci v řešení problémů ošetrovatelské péče. Není to jen informovanost o něčem konkrétním, ale poskytuje i možnost nácviků a osvojení si různých praktik, názorného předvedení konkrétního technicky řešitelného problému. Je to i učení se něčemu novému, ať je to osvojení nové dovednosti

pacientem či pečujícím, tak i zvládnutí krizových situací. Nabízejícím se bodem u PN je především *motivace a trpělivost* pacienta i pečující osoby, nabídka různých podpůrných a sociálních řešení, jež mohou ulevit. Edukace probíhá rozhovorem či demonstrací s následným osvojením si konkrétního problému v nerušeném klidném prostředí za pomoci podání různých informací, poskytnutím materiálů, trénováním strategií či získáním určité schopnosti, dovednosti. Na edukaci u nemocného s Parkinsonovou nemocí se podílí celý zdravotnický tým (lékař, zdravotní sestra, asistent, ergoterapeut, logoped, fyzioterapeut, nutriční poradce, poskytovatel pečovatelské či podpůrné péče), ale i osoby blízké a široká veřejnost.

Psychohygienu osoby blízké pečující o jedince s Parkinsonovou chorobou nesmí být zanedbávána. Nejen klient je nemocí zasažen, partner či blízká osoba je též ovlivněna samotným průběhem a příznaky tohoto onemocnění. Pro pečujícího je třeba naučit se předcházet pocitům úzkostí, nástupům depresivních fází a stavům vyčerpání. Je také na místě osvojit si techniky snižující všude přítomný stres a umět je ve chvílích potřeby použít.

Pro osobu starající se o nemocného i pro samotného pacienta je situace v každodenním střetu s příznaky nemoci náročná. Vývoj nemoci je velmi individuální záležitostí. V počáteční době nemocní nemusí mít výrazně omezující obtíže a mohou chodit do zaměstnání. Postupem průběhu onemocnění se začínají objevovat především hybné obtíže, jež už nemusí umožnit osobám vykonávat povolání plně, tak jak by chtěli. Pokud přestane klient pracovat, je většinou ekonomická situace rodiny nesnadná. Vznikají další situace charakteru nutnosti plánování časových aktivit nemocného, jeho blízkých tak, aby nebyl pacient izolován od společnosti a pečující nebyl stále až příliš zaměstnán vším okolo sebe. Pečující vnímá větší zodpovědnost za sebe i osobu, o kterou se stará. Často je nutností pro pečovatele aktivně kontrolovat pacienta.

Při zvládnutí péče o chronicky nemocného se pečující setkává s fyzickou náročností plnění jednotlivých činností ať už při péči o pacienta, tak i v domácnosti, zaměstnání. Pacient může být nejen hybně zhoršený, ale vznikají u něho někdy i poruchy chování, kognitivní a psychické obtíže. Pečující při péči o osobu blízkou může narážet na nepříjemné sociální odezvy v zaměstnání, na

úřadech a podobně. Při takovéto situaci vzniká často pocit samoty, osobní nepohody, tělesného i psychického vyčerpání. Reakce pečujícího je různá, buď se snaží začít o sebe pečovat, nebo na sebe nechá stres dále působit. Záleží na prostředí, ve kterém se pečující nachází a podmínky, které mohou přispět k lepšímu zvládnání péče o sebe i o nemocného. Napomáhají kvalitní vztahy s okolím a jeho podpora, pomoc a schopnost pečujícího tuto nabídku umět přijmout. Nepříznivý vliv má kombinace stresů, kdy ohniska stresu působí na pečujícího najednou. Záleží na dávce a délce trvání stresových situací. Důležité je začít s preventivními aktivitami.

Pravidla osobní hygieny jsou cenné rady, jak získat vnitřní rovnováhu a umět se vyrovnat se stresovou situací. Pečující by se měl naučit si najít během dne čas, který by strávil jen tak, jak on sám uzná za vhodné a který by přispěl k pocitu osobní pohody. Je vhodné získat dostatek informací k obtížím. Vede to k ulehčení a pomoci v oblasti péče. Pečující by měl být schopen nejen umět využít nabízenou pomoc, ale i si o ni požádat, aniž by cítil pocit osobního selhání. Způsoby uvolňování napětí pečovatele jsou správnou cestou k obnovení duševní pohody. Je mnoho prostředí, které nabízí otevřenou komunikaci o problémech spjatých s péčí o chronicky nemocného. Přínosem je předávání si zkušeností a informací pečujících i pacientů. K uvolnění dochází též při naplánování reálně splnitelných cílů pečujícího, ne vše se dá změnit či zvládnout. Další aktivitou psychohygieny jedince je vlastní ocenění, přináší pocit uspokojení, podporuje sebevědomí i dobrou náladu. Jsou situace, kdy se objevuje více stresových faktorů. Pozitivně působí si ovlivnitelné rozplánovat. Při kontaktu s rodinou je příjemné stanovit si jasná pravidla, mít čas na společné aktivity, tak i na společné řešení problémů otevřenou komunikací. Pokud se objeví u pečujícího problémy, které už není schopen řešit sám. Je důležité umět vyhledat pomoc, ať už podpůrnou či léčebnou.

Dále jsou pro pečujícího nabízeny podpůrné sociální aktivity. V péči mohou napomoci rodina, známí, poskytovatelé sociální péče a různé jiné organizace. Naplánovat se dají různá sociální řešení, od doručení stravy až po osobní péči, asistenci prováděnou poskytovateli sociálních služeb. Informace o

těchto činnostech podává praktický lékař či ošetřující odborný lékař. Sociální péče je hrazena příspěvkem na péči, pokud je pacientovi schválen.²¹

3.8 Prognóza, psychický stav pacienta

Individuální vývoj Parkinsonovy nemoci nedá předvídat, jak bude choroba u konkrétního jedince postupovat. Trvá většinou spoustu let, než dojde ke komplikacím pozdního stádia nemoci. Léčba jde vývojově dopředu a již dnes se testuje terapie kmenovými buňkami a různými jinými látkami. Důležité je udržení motivace, soběstačnosti a co nejlepšího psychického i fyzického stavu klienta. Léková terapie dnes usnadňuje spoustě pacientům prožívat svůj život s určitou kvalitou.

Konkrétní pacient, o kterém píše svoji práci, je stále pozitivně naladěný pán. Svoji nemoc akceptuje a přijímá ji postupně, tak jak k němu přichází různé projevy. Je energickým bojovníkem s velkou vůlí prožít svůj život naplno. Udává, že byl vždy extrovertní a velmi společenský, již před vznikem choroby. Díky svému entuziasmu zvládá svoji nemoc velmi dobře. V den stanovení ošetřovatelské anamnézy přibyly obtíže a nyní v květnu při další z následných kontrolních návštěv opět udával práci na zahradě, při které opětovně občas upadne. Naposledy upadl den před termínem kontroly. Měl plné ruce náradí a odřel se při pádu na bérci. Nevyvádí ho to z rovnováhy. Je stále aktivní a hledá si zlepšující prostředky pro usnadnění svého života. Říká, že je spokojený a věří, že obtíže se zase zmírní. Usmíval se při své poznámce, že radši než psát psacím náčiním je použít klávesnici notebooku.

²¹ ROTH, Jan et al. *Parkinsonova nemoc*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 147-152. ISBN 978-80-7345-178-3

3.9 Závěr

Při zpracování své práce jsem vzpomínala na naše pacienty s Parkinsonovou chorobou. Jsou to lidé usměvaví a vděční za hezké lidské slovo. I když na nich není úsměv třeba tak dobře znát, pro člověka vidícího je pravidelně je gesto viditelné. U každého postupuje nemoc jinak a o to větší individualitou většinou klienti jsou. Zpracování práce pro mne bylo náročné. Průběžně jsem doplňovala a poznávala nové informace, o kterých se v běžné praxi nedozvím tolik, jako při vyhotovení této práce. Vývoj průběhu Parkinsonovy nemoci omezuje pacienta i jeho rodinu. Je důležité poskytnout těmto lidem dostatek informací a podnětů pro lepší zvládnání této nemoci. Vývoj léčby Parkinsonovy nemoci pokračuje, takže nezbyvá jen popřát, aby to pokračovalo tak i nadále.

Seznam prostudované literatury

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-7262-433-4, ISBN 80-246-1258-5
2. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4
3. AMBLER, Zdeněk et al. *Klinická neurologie*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-556-6
4. BRÄUEROVÁ, Š. *Ošetřování klienta s Parkinsonovou chorobou*. Florence, 2006, roč. II, č. 3, s. 26-27.
5. BAREŠ, Martin. *Diagnostika a klinické příznaky Parkinsonovy choroby*. Neurologie pro praxi. 2001, č. 1, s. 24
6. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1997. ISBN 80-7169-140-2
7. DOSTÁL, Václav et al. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta a.s. 2010. ISBN 978-80-204-2362-7
8. ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007. 269-270. ISBN 978-80-246-1216-4
9. FIEDLER, Václav. *Parkinson*, 2011, č. 35, s. 29-30.
10. JONES, Dorothy. *Marjory Gordon PhD, RN, FAAN, Named American Academy Living Legend*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 2010, roč. 21, č. 2, s. 80-81
11. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1356-4
12. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa et al. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum 2002, 2005. ISBN 80-7262-160-2, ISBN 80-246-0502-3
13. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
14. PURŠOVÁ, Martina et al. *Parkinsonova nemoc Komplexní fyzioterapeutický pohled*. Praha: Novartis s.r.o., 2011. 53 s

15. REKTOR, Ivan et al. *Centrální poruchy hybnosti*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-418-7
16. ROKYTA, Richard et al. *Fyziologie*. 2. přepracované vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 80-86642-47-X
17. ROKYTA, Richard et al. *Somatologie I. a II.* 4.vyd. Praha: VIP Books s.r.o., 2007. ISBN 978-80-87134-02-3
18. ROTH, Jan et al. *Parkinsonova nemoc*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-178-3
19. RŮŽIČKA, Evžen et al. *Parkinsonova nemoc: Přehled léčebných postupů*. Praktický lékař, 1998, roč. 78, č. 5, s. 14.
20. RŮŽIČKA, Evžen et al. *Dyskinetické syndromy a onemocnění*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-154-8
21. SCHWARZ, Shelley Peterman. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. ISBN 978-80-247-2321-1
22. ŠALANDOVÁ, Hana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí*. Bakalářská práce. Praha: 2011, s. 18-20
23. TYRLÍKOVÁ, Ivana et al. *Neurologie pro sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 7013-287-6
24. FACTOR A. STEWART et al. *Parkinson's Disease*. Demos Medical Publishing, New York, 2002. ISBN 1-888799-50-1

Seznam zkratek

ADL	Activity of Daily Living
AMK	aminokyseliny
BG	bazální ganglia
BMI	Body Mass Index
COMT	inhibitor katechol-O-methyltransferázy
CT	výpočetní tomografie
D	dech
DBS	Deep Brain Stimulation
DNA	dnová artritida
EEG	elektroencefalografie
EPDA	Evropská Asociace Parkinsonovy choroby
ERP	elementární reflexy posturální
GABA	kyselina gama-aminomáselná
MAO-B	inhibitor monoaminooxidázy
mg	miligramy
MR	Magnetická rezonance
NANDA	klasifikační systém North American Nursing Diagnosis Association
NMDA	N-methyl-D-aspartátové
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
OP	ošetřovatelský proces
P	puls
PN	Parkinsonova nemoc
POAD	perorální antidiabetika
PSA	psychosociální anamnéza
RA	rodinná anamnéza
SPECT	single photon emission computed tomography
tbl.	tablety
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
UPDRS	Unified Parkinson's Disease Rating Scale

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelský záznam (ošetřovatelská anamnéza, plán ošetřovatelské péče)

Příloha č. 2: Jak používat náplast proti Parkinsonově nemoci

Příloha č. 3: Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy nemoci UPDRS

Příloha č. 4: Deník pro hodnocení hybnosti u Parkinsonovy nemoci

Příloha č. 5: Cvičení pro pacienty s Parkinsonovou nemocí

Příloha č. 6: Pacient s Parkinsonovou nemocí - doporučení pro ošetřující personál

Příloha č. 7: Průkaz pacienta s Parkinsonovou nemocí, Členský průkaz společnosti Parkinson

Příloha č. 8: Informační materiál společnosti Parkinson o.s.

Příloha č. 9: Cvičení s míčky pro Parkinsoniky