



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Lenka Dolejšová

**Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou
nemocí**

Nursing Care of a Patient with Parkinson's Disease

Bakalářská práce

Praha, květen 2015

Autor práce: Lenka Dolejšová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytečková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

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

Pracoviště: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady,

Neurologická klinika

Datum a rok obhajoby: červen 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 29. září 2014

Lenka Dolejšová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za vstřícnost a odborné konzultace Doc. MUDr. Valje Kellerové, DrSc. Dále za vše děkuji vedoucí mé práce Mgr. Renatě Vytejškové, hlavně za trpělivost a cenné rady. V neposlední řadě, bych chtěla poděkovat celé své rodině za podporu.

Obsah

ÚVOD	1
1. TEORETICKÁ ČÁST	2
1.1. Historie Parkinsonovy nemoci	2
1.2. Incidence PN	3
1.3. Etiopatogeneze onemocnění	3
1.4. Extrapiramidový systém	4
1.4.1. Anatomie	4
1.4.2. Fyziologie	6
1.4.3. Dopamin	7
1.5. Patofyziologie onemocnění	7
1.6. Charakter a příznaky PN	8
1.6.1. Klidový třes	8
1.6.2. Hypokinetický syndrom	9
1.6.3. Svalová ztuhlost (rigidita)	9
1.6.4. Posturální poruchy (poruchy chůze a stoje)	10
1.6.5. Vegetativní poruchy	10
1.6.6. Psychické poruchy	10
1.7. Stádia onemocnění a pozdní komplikace PN	11
1.8. Vyšetřovací metody	12
1.8.1. L-DOPA test	12
1.8.2. Apomorfinový test	12
1.8.3. CT mozku – výpočetní tomografie	13
1.8.4. MRI mozku – magnetická rezonance	13
1.8.5. SPECT DaTSCAN	14
1.9. Terapie	15
1.9.1. Farmakoterapie	16
1.9.2. Fyzioterapie	21
1.9.3. Režimová opatření	21
1.9.4. Neurochirurgická léčba	22
2. KLINICKÁ ČÁST	23
2.1. Základní údaje o pacientovi	23
2.2. Anamnéza	23
2.2.1. Rodinná anamnéza	24
2.2.2. Osobní anamnéza	24
2.2.3. Sociální anamnéza	25

2.3. Průběh onemocnění	25
2.4. Nynější onemocnění	28
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	34
3.1. Charakteristika ošetřovatelského procesu (OP).....	34
3.1.1. Ošetřovatelská anamnéza	35
3.1.2. Ošetřovatelská diagnóza.....	35
3.1.3. Plán Ošetřovatelské péče	35
3.1.4. Stanovení plánu péče	36
3.1.5. Realizace plánu	36
3.1.6. Zhodnocení plánu.....	36
3.2. Charakteristika ošetřovatelského modelu Marjory Gordonové.....	37
3.2.1. Model funkčních vzorců zdraví	37
3.3. Ošetřovatelská anamnéza	38
3.3.1. Vnímání zdraví – udržování zdraví.....	38
3.3.2. Výživa – metabolismus	39
3.3.3. Vylučování	39
3.3.4. Aktivita – cvičení	40
3.3.5. Spánek – odpočinek	40
3.3.6. Vnímání, citlivost, poznávání	41
3.3.7. Sebepojetí a sebeúcta	41
3.3.8. Role – vztahy.....	41
3.3.9. Reprodukce – sexualita	42
3.3.10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance.....	42
3.3.11. Víra – životní hodnoty	42
3.3.12. Jiné	43
3.4. Ošetřovatelské diagnózy.....	44
3.4.1. Deficit tělesných tekutin v souvislosti s poruchou vnímání žízně	45
3.4.2. Deficit soběstačnosti v souvislosti s nedodržením léčebného režimu	47
3.4.3. Deficit soběstačnosti v souvislosti se základním onemocněním, při oblékání, jídle, úpravě zevnějšku, hygieně	49
3.4.4. Zácpa v souvislosti s nedostatečnou aktivitou a nedostatečným přísunem vlákniny.....	52
3.4.5. Porucha usínání a spánku v souvislosti s poruchou cirkadiálního rytmu	54
3.4.6. Zhoršení psychického stavu v souvislosti se snížením soběstačnosti.	56
3.4.7. Riziko pádu v souvislosti s poruchou chůze při základním onemocnění	58
3.4.8. Riziko imobilizačního syndromu v důsledku omezení pohybových aktivit pacienta v souvislosti se základním onemocněním	60

3.4.9. Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s imobilizací pacienta	63
3.5. Psychosociální zhodnocení, a prognóza	65
3.5.1. Kontakt a komunikace s rodinou.....	66
3.6. Sociální problematika.....	67
3.6.1. Kompenzační pomůcky (KP).....	67
3.7. Edukace	68
3.7.1. Režimová opatření a doporučení.....	69
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	76

ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacienta s Parkinsonovou chorobou v domácí péči a v neurologické ambulanci. Práce je rozdělena na tři části, na část teoretickou, klinickou a ošetrovatelskou.

V úvodu teoretické části se zabývám historií, incidencí a etiopatogenezí onemocnění, následně popisuji anatomii a fyziologii příslušné části nervového systému. Dále se věnuji patofyziologii, jednotlivými stádii a příznaky onemocnění. V následující části se zabývám vyšetřovacími metodami a možnostmi léčby tohoto onemocnění.

V klinické části uvádím základní anamnézu pacienta, průběh onemocnění, výsledky jednotlivých vyšetření, farmakoterapii a nynější obtíže.

V ošetrovatelské části se zabývám charakteristikou ošetrovatelského procesu a popisuji ošetrovatelskou péči o pacienta s Parkinsonovou chorobou podle modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy a plán péče jsem stanovila v den kontroly, při návštěvě s lékařem v místě bydliště pacienta. Plán péče jsem stanovila na 3 měsíce. Dále jsem se zaměřila na edukaci a psychosociální zhodnocení pacienta. Práce je ukončena seznamem literatury a přílohami.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Parkinsonova nemoc (PN) je chronické, degenerativní a progresivní onemocnění nervové soustavy. Je charakterizována specifickou poruchou hybnosti. Jedná se o pomalu rozvíjející se onemocnění, které nelze vyléčit. Lze však potlačit či omezit jeho příznaky, a to i dlouhodobě.

1.1. Historie Parkinsonovy nemoci

O této nemoci se poprvé zmiňuje londýnský lékař James Parkinson. V roce 1817 vydal knihu s názvem *An Essay on the Shaking Palsy* (O třaslavé obrně), ve které tuto nemoc popisoval jako pohybově chudou a projevující se zpomaleností, svalovou ztuhlostí a třesem končetin. Nemoc byla pojmenována po svém objeviteli. Léčebné pokusy o ovlivnění příznaků Parkinsonovy nemoci pomocí rostlinných přípravků (beladona) se datují již do 19. století. Tato léčba však byla téměř bez efektu.

V roce 1946 byly vyrobeny léky s anticholinergním účinkem, tzn. anticholinergika účinkující především na třes. Mající bohužel četné nežádoucí účinky. Průlomem v léčbě Parkinsonovy choroby bylo v roce 1958 objevení souvislosti mezi nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích a Parkinsonovou chorobou. Tento objev učil slavný farmakolog a biochemik Carlsson. V souvislosti tímto objevem byly v roce 1961 zahájeny pokusy o léčebné využití levodopy. Počáteční nadšení se během krátké doby změnilo v částečné zklamání. Důvodem byly četné komplikace a vedlejší účinky, které léčba pomocí levodopy má.

V 70. letech byly zkoumány a objeveny dvě látky (benserazid a karbidopa) blokující přeměnu levodopy na dopamin ve všech tkáních mimo mozek. Jejich užívání v kombinaci s levodopou výrazně snížilo její nežádoucí účinky při léčbě PN. Účinnost těchto látek v kombinaci s levodopou zatím nebyla žádným jiným lékem překonána a užívá se dodnes (1).

1.2. Incidence PN

V evropské populaci se tato nemoc vyskytuje v poměru jeden nemocný na tisíc obyvatel. PN u osob starších 60let postihuje více, než jedno procento této populace. Dá se tedy říci, že se jedná o poměrně časté onemocnění. Rozdíl ve výskytu nemoci mezi muži a ženami není významný, nicméně mírně převažuje výskyt v mužské populaci.

Onemocnění obvykle začíná ve středním věku, mezi 50-60lety, výskyt ve vyšších věkových skupinách nebývá výjimkou (věk nad 75 let) činí zhruba 10%. Ani počátek před 40. rokem není extrémně vzácný, činí asi 10%. V počátcích onemocnění probíhá většinou bez cílené diagnostiky, plíživě, někdy po řadu let.

Podle některých studií existuje něco jako typická osobnost pacienta s Parkinsonovou nemocí. Jedná se především o povahové rysy, jako je uzavřenost, systematičnost až pedantičnost, horší přizpůsobivost a sklony k depresím. Naopak projektivním faktorem se zdá být, pití kávy, či kouření (1).

1.3. Etiopatogeneze onemocnění

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

Další ze studií poukazují na fakt, že fyzické cvičení povzbuzuje tvorbu neuroprotektivních faktorů, které zvyšují odolnost dopaminergních neuronů proti

toxinům zevního prostředí (2). Onemocnění zřejmě vzniká na podkladě chemických změn v mozku, jejichž spouštěčem může být zevní prostředí, získaná porucha či změněná genetická informace.

Většinou je výskyt této choroby náhodný, dědičná zátěž tvoří cca 3%. Na dědičnou zátěž nesmíme zapomínat, především objevila-li se nemoc v nižším věku, nebo v případě opakovaného výskytu v rodině.

1.4. Extrapyramidový systém

Extrapyramidový systém je součástí centrálních motorických okruhů. Tento systém reguluje volní i mimovolní motorickou činnost pomocí centrálních okruhů. Ovlivňuje svalový tonus, koordinaci a pohybové automatismy jedince. Zajišťuje sekreci neurotransmiterů (dopamin, acetylcholin, GABA, glutamát atd.). Jeho hlavní částí jsou **bazální ganglia** (BG), (3).

1.4.1. Anatomie

Corpus striatum (striatum)

Jedná se o nejobjemnější část bazálních ganglií. Dělí se na caudatus a putamen. Neurony ve striatu můžeme rozdělit na interneurony, malé (GABA mediátor) a velké (mediátorem je Ach) a na buňky projekční. Ty představují 90% striata. Jejich axony jsou výrazně rozvětveny a jsou zdrojem dlouhých spojů. Jejich hlavním mediátorem je GABA. Hlavními receptory jsou dopaminergní receptory D1, D2 a D3 (4, s. 292-295).

Globus pallidus (pallidum)

Má světlejší barvu, než ostatní BG. Dělí se na pallidum laterale a pallidum mediale, dohromady tvoří s putamen nukleus lentiformis (4, s. 296).

Corpus amygdaloideum (amygdala)

Má mandlovitý tvar a je uložena v hloubce temporálního laloku. Je tvořena řadou dobře ohraničených jader. Anatomicky je řazena k BG, funkčně patří k limbickému systému (limbický systém určuje chování, emoce, pozornost). Amygdala je centrem podkorových okruhů limbického systému (4, s. 302-304).

Clastrum

Je ploténkou šedé barvy mezi putamen a kůrou insuly. Je propojeno s mozkovou kůrou, ale funkční význam není zcela znám (4, s. 305).

K bazálním gangliím patří i další struktury jako jsou:

Striatum ventrale

Pallidum ventrale

Navazují na limbický systém (4, s. 292).

Dle zapojení a funkce patří k BG také struktury mozkového kmene:

Nucleus subthalamicus (corpus Luysi)

Čočkovité jádro uložené v šedé hmotě subthalamu. Je spojeno s globus pallidus.

Substantia nigra (SN)

Nachází se v mezencefalu. Zajišťuje produkci neurotransmiteru dopaminu. Nedostatek či ztráta dopaminu způsobuje PN. SN se dělí na dvě části: pars compacta a pars reticularis.

Pars compacta obsahuje hustě uspořádané buňky. Které produkují dopamin. Dopamin je odtud transportován nervovými výběžky do striata.

Pars reticularis obsahují řídké rozložené buňky, převádí vliv striata na motoriku mozkového kmene.

Retikulární formace

Je přítomna v mozkovém kmeni a částečně i v thalamu. Jedná se o síť buněk, vzestupných a sestupných drah.

Area ventralis tegmenti Tsai je oblastí v retikulární formaci, která také obsahuje dopaminergní buňky (4, s. 180).

Nucleus ruber, jádro uložené v mesencephalu, zapojující se při kontrole motoriky, hlavně při regulaci svalového tonu.

V *mezimozku* (diencephalu) je uložen thalamus, který je tvořen šedou hmotou mozkovou a který obsahuje velké skupiny jader. Tyto jádra spolupracují na převodu aferentních drah, které směřují do mozkové kůry.

Rozdělení jader:

- *Nespecifická jádra*, která převádějí informace z retikulární formace. Pronikají do BG a širokých oblastí kůry.

- *Specifická sensorická jádra*, která jsou zapojena do sensorických drah a pronikají do nevelkých oblastí kůry.

- *Specifická nesensorická jádra* jsou zapojena do motorických drah bazálních ganglií a pronikají do korových oblastí. V rámci limbického systému se podílejí zapojená *nuclei mediales a anteriores*.

- *Asociačními jádry* jsou propojena konkrétní talamická jádra v oblasti asociace v kůře mozkové (senzitivní a sensorické podněty).

V *mezimozku* je mezi thalamem a hypotalamem uložen *subthalamus*, Jedná se o pás šedé hmoty, je tvořen dvěma jádry: *nucleus subthalamicus a zona incerta*.

-*nucleus subthalamicus* náleží k BG a je zapojeno do extrapyramidových motorických drah.

-*zona inzerta* je s velkou pravděpodobností zapojena jako součást retikulární formace (4, s. 232-233).

1.4.2. Fyziologie

Hlavní funkcí extrapyramidového systému u člověka je regulace svalového tonu a zabezpečení posturálních a hybných mechanismů, a také pohybových automatismů, koordinaci volných pohybů, hlavně iniciaci pohybů. Regulace je

převážně inhibiční. BG mají velký podíl na mechanismech hybnosti a týkají se převážně vrozených pohybových vzorců, automatických a naučených pohybových stereotypů. Výsledkem těchto mechanismů pohybů jsou aktivity, jako je chůze, gestikulace, držení těla, výraz obličeje apod. Díky BG se vytvářejí a řídí stereotypy vysoce specializovaných činností, jako jsou např. sporty a hra na hudební nástroje.

Bazální ganglia (BG) mají nezastupitelnou roli také v motivačních, afektivních a kognitivních funkcích. Některé studie předpokládají, že na úrovni BG jsou založeny také vrozené osobnostní rysy jedince (4, s. 306).

1.4.3. Dopamin

Dopamin je chemická látka ze skupiny katecholaminů vznikající z tyrosinu. Tvoří se převážně v *substantia nigra* odkud je transportován do striata, kde končí (dopaminergní dráha). Dopamin funguje jako neurotransmitter, aktivuje dopaminové receptory. V určitých nervových drahách je uvolňován nervovými buňkami na tzv. synapsích, kde se váže na příslušné receptory a umožňuje přenos nervových impulsů z jedné nervové buňky na druhou. Degenerace dopaminových center v *substantia nigra* může způsobit Parkinsonovu nemoc.

1.5. Patofyziologie onemocnění

Podkladem pro vznik PN a jejich motorických příznaků je úbytek dopaminergních neuronů v *pars compacta substantie nigrae* s následným snížením obsahu dopaminu ve striatu. Dopamin se tedy netvoří v dostatečném množství a dochází tak k úbytku dopaminergních synapsí ve striatu. Z normálního stavu je dopamin ze SN, axony těchto buněk transportován do striata a dále uvolňován do nervových spojů. Při deficitu dopaminu nemůže striatum dobře pracovat a dochází tak k poruše regulace hybnosti a k dalším typickým projevům PN.

V mozku nemocného dochází také k poklesu hladin dalších neurotransmiterů, jako je serotonin, acetylcholin, glutamát, noradrenalin atd., tím dochází k poruše regulace systému bazálních ganglií a jejich spojů. Důsledkem této dysbalance je řada dalších obtíží, které se projevují zejména v pozdějších stádiích onemocnění (6, s. 588).

Aby se PN projevila, musí být zničeno alespoň 50% buněk v SN, které dopamin vyrábějí. Dopamin ve striatu musí poklesnout nejméně o 70-80%. Období počátku ztrát dopaminu k prvním obtížím pacienta je dnes odhadováno na 5-7 let (1, s. 18-20).

1.6. Charakter a příznaky PN

Mezi hlavní příznaky PN patří klidový třes, hypokinetický syndrom, svalová ztuhlost, posturální instabilita, vegetativní a psychické poruchy.

1.6.1. Klidový třes

Třes typický pro PN se objevuje hlavně na končetinách a to jednostranně (výrazně vlevo, nebo vpravo). Třes symetrický na obou končetinách není pro PN charakteristický. Tento třes ustupuje při volném pohybu a ve spánku mizí. Asi u 20-30% pacientů s diagnózou PN není žádný třes přítomen.

Třes hlavy, brady, rtů, či jazyka je přítomen jen vzácně. Třes se zvyrazňuje se stresem, mentálním úsilím, únavou. Třes ruky se zvyšuje v nečinnosti, při chůzi (6, s. 590).

1.6.2. Hypokinetický syndrom

Tento syndrom tvoří trias hypokineze, rigidita a klidový třes, postupně se přidávají posturální poruchy. Projevuje se nezávisle na míře svalové ztuhlosti. Hlavním projevem je ztráta, či snížení schopnosti začít pohyb. Také automatické pohyby, jako jsou souhyby horních končetin při chůzi jsou značně omezeny. Pohyby jsou zpomalené a nevýrazné. To platí i o mimice obličeje - *hypomimie* (maskovitý obličej), pacient málo gestikuluje, obličej vypadá bez emocí (1, s. 28).

Hypokineze, bradykineze a akineze se projevuje omezením rozsahu pohybu a jeho zpomalením. Každodenní činnosti, jako jsou hygiena, oblékání, jídlo, jsou pro pacienta velmi obtížné, postupem času ztrácí schopnost tyto činnosti vykonávat samostatně.

Akineze limituje pacienta především ztíženým začátkem pohybové činnosti. Např. během noci se stává, že se pacient není schopen sám přetočit v lůžku a potřebuje pomoc partnera. Velmi problematické jsou i momenty tzn. „zamrznutí“ (*freezing*), kdy pacient uprostřed vykonávaného pohybu najednou „ztuhne“ a není chvíli schopen pohybu tam, ani zpět.

Dalšími projevy jsou také *mikrografie* (zmenšení písma), *hypofonie*, řeč je monotónní, nemelodická. Jedním z příznaků může být i *bradypsychismus* (zpomalené myšlení), (6, s. 590).

1.6.3. Svalová ztuhlost (rigidita)

Projevuje se abnormálně zvýšeným svalovým napětím, které má nezastupitelnou funkci k udržení vzpřímeného postoje a provedení pohybu. Ztuhlé svaly kladou zvýšený odpor v celém rozsahu aktivního i pasivního pohybu (6, s. 590).

Pacienti o tom často hovoří jako o „*pohybu proti odporu vody*“. Pro ztuhlost svalů je typické, že ustupuje ve spánku (1, s. 27).

1.6.4. Posturální poruchy (poruchy chůze a stoje)

Charakteristické je hlavně flekční držení trupu a šíje a pokrčení končetin. V pokročilejších stádiích nemoci je typická šouravá chůze po drobných a nejistých krůčcích. Pacienti popisují pocit tahu dozadu a neschopnost udržet rovnováhu, tento příznak se nazývá, pulze. Může tak docházet k poruše rovnováhy a následným pádům.

1.6.5. Vegetativní poruchy

Některé poruchy autonomního nervstva mohou být přítomny už od raného stádia onemocnění. Jedná se především o zácpu a kožní mazotok. Ostatní vegetativní projevy, jako je nadměrné slinění, poruchy polykání a trávení, zvýšené pocení či ortostatická hypotenze, nebo poruchy močení a sexuální funkce se projevují převážně v pozdějších stádiích PN.

1.6.6. Psychické poruchy

Mezi nejčastější psychiatrické poruchy u PN patří *deprese*, kterou během průběhu onemocnění trpí zhruba 50% pacientů. Toto je jedna z hlavních příčin, která má vliv na sníženou kvalitu života. Z tohoto důvodu je kladen důraz na rozpoznání a adekvátní léčbu této poruchy. Projevuje se nepřiměřenými pocity smutku a zoufalství, nadměrnou únavou, poruchami spánku a příjmu potravy. V pozdějších stádiích onemocnění může docházet k poruchám kognitivních funkcí (cca 20% nemocných) a následně k rozvoji demence (7, s. 196).

1.7. Stádia onemocnění a pozdní komplikace PN

Presymptomatické období vystihuje dobu, kdy je degenerativním procesem snížen počet dopaminergních neuronů a klesá obsah dopaminu ve striatu (neklesá pod kritickou mez). Díky kompenzačním mechanismům se mozku daří zachovat normální funkci a onemocnění se neprojeví. Tato fáze může trvat i několik měsíců či let.

Při poklesu dopaminu pod kritickou mez (30% normy) dochází k rozvoji časných příznaků onemocnění. Pacient v tomto období často vyhledává lékaře s různými necharakteristickými obtížemi, jako je omezení pohyblivosti horní končetiny, změna rukopisu, deprese, poruchy čichu atd. V tomto období dříve či později zpravidla dochází k diagnostice onemocnění a zahájení léčby např. Selegilinem (inhibitor MAO-B), (8, s. 232).

V období rozvinutého onemocnění se příznaky projevují i na druhé polovině těla, pacientova výkonnost je značně snížena. Během tohoto období jsou pacientům indikovány léky ze skupiny agonistů dopaminu nebo léky s L-DOPOU (1, s. 27).

Postupem doby dochází k progresi onemocnění (průměrně po 5 letech). U většiny nemocných dochází ke zhoršení odpovědi na léčbu a začínají se objevovat pozdní komplikace při terapii, jako je *fluktuace stavu hybnosti*, *dyskineze*, či polékové *psychotické projevy*. *Poruchy stoje, chůze a kognitivní dysfunkce až demence* jsou komplikacemi souvisejícími s původním onemocněním PN. Ovlivnění těchto projevů je mnohdy z terapeutického hlediska téměř neřešitelné. Je možné užití retardovaných preparátů L-DOPY, které ovlivňují nástup rozvoje jednotlivých komplikací (8, s. 232).

1.8. Vyšetřovací metody

1.8.1. L-DOPA test

Jedná se o test, kterým zjišťujeme odpověď organismu na dopaminergní podnět. Provádí se u pacientů s podezřením na PN, u kterých si diagnózou nejsme zcela jisti. Test provádíme na lačno.

Pacientům, kteří L-DOPU ještě neužívali, podáváme 2 dny před testem Motilium 3x denně 2 tablety, abychom snížili případné nežádoucí účinky L-DOPY jako je nevolnost a zvracení.

Pacienti, kteří již léčení levodopou jsou (často chybně, bez stanovení diagnózy PN), musí vysadit na 12 hodin svou dávku L-DOPY. Po vysazení by u pacienta mělo dojít ke zhoršení pohyblivosti i dalších obtíží souvisejících s PN. V tomto stavu je pacient důkladně vyšetřen lékařem. Následně je pacientovi podána 1 tableta L-DOPY (Isicom, Nakom 275 mg, Madopar 250mg), po 30 minutách je pacient opětovně podrobně vyšetřen.

Pokud je diagnóza PN správná, měl by se jeho hybný stav vylepšit. U některých pacientů provádíme vyšetření ještě po 1 hodině, zlepšení hybnosti se může projevit později. Test je považován za pozitivní, pokud je zlepšení hybnosti mezi 25-30% (1, s. 144).

1.8.2. Apomorfínový test

Test pomocí Apomorfínu, který se podává s.c., se v současné době neužívá, neboť není v ČR k dispozici. Princip testu hodnotí stejně jako L-DOPA dopaminergní odpověďavost (6, s. 594).

1.8.3. CT mozku – výpočetní tomografie

Výpočetní tomografie je neinvazivní radiologická zobrazovací metoda založená na principu RTG záření, která umožňuje zobrazení jednotlivých struktur a případných abnormalit mozku.

Samotné vyšetření probíhá na pojízdném lůžku, kde leží pacient, lůžko zajíždí do tunelu, v němž je umístěna rentgenová lampa a snímače RTG záření. Výsledkem vyšetření jsou počítačově zpracované snímky. V případě potřeby je pacientovi aplikována nitrožilně jodová kontrastní látka. Před podáním této látky je nutná antialergická příprava.

Pacient musí být 4-6 hodin před vyšetřením lačný, nekouří a nepije. V den vyšetření a večer před ním si pacient vezme 1 tbl. Dithiadenu per orálně, jako prevenci před alergickou reakcí na jodovou kontrastní látku. Před samotnou aplikací kontrastní látky je možné pacientovi podat 100 mg Hydrocortizonu intravenózně (60-120 ml), (9).

1.8.4. MRI mozku – magnetická rezonance

Vyšetření probíhá podobně jako CT. Probíhá však na principu magnetického pole, lze jím prokázat anatomické odchylky ve vyšetřovaném orgánu a případné strukturální změny.

Před vyšetřením je lékař povinen zeptat se pacienta na přítomnost kovových a feromagnetických materiálů v těle, jako je například chirurgický materiál (šrouby, svorky, náhrady kloubů), kardiostimulátor, kochleární implantát apod. Pokud je v těle pacienta takový materiál přítomen, nelze ho pomocí MR vyšetřit. Dále musí být pacient poučen o nadměrné hlučnosti a malém prostoru v přístroji MR.

Trpí-li pacient úzkostí z malých prostor, klaustrofobií, je vhodné podat premedikaci. Při samotném vyšetření leží pacient v klidu a v uších má

protihlukové zátky. Samozřejmostí je odložení všeho, co obsahuje kov (hodinky, náušnice, prsteny apod.).

V přístroji MR je stejně jako u CT umístěn v tunelu zdroj i snímač. Výsledné zobrazení vyšetřovaného orgánu je možné díky počítačovým programům.

Také u MR je možné pro kvalitnější zobrazení užít kontrastní látku. Obvykle se používají intravenózní kontrastní látky na bázi *chelátu gadolinia*, které na rozdíl od jódových kontrastních látek nevyvolávají alergické reakce.

Výhodu MR shledáváme především v možnosti vyšetření jednotlivých rovin řezů, ve výraznějším rozlišení kontrastu a absenci roentgenového záření. Nevýhodou může být vysoká cena vyšetření a jeho delší délka.

Vyšetření MR a CT je prováděno z důvodu vyloučení strukturálních změn mozku, jejichž příznaky mohou chybně vést k diagnóze PN. CT vyšetření je prováděno běžně, MR výběrově (7, s. 135).

1.8.5. SPECT DaTSCAN

Jedná se o nukleárně medicínské vyšetření jednofotonovou emisní tomografií po podání radioaktivních nuklidů, které se váží na dopaminové přenašeče. V současné době je pro zobrazení pre- i postsynaptické části dopaminergního systému užíváno radiofarmakum *DaTScan* (Ioflupan), které je aplikováno intravenózně. Výsledkem vyšetření je presynaptický dopaminergní deficit v oblasti bazálních ganglií.

Před vyšetřením musí pacient vysadit léky ze skupiny antidepresiv, anticholinergik, psychostimulancií a anorektik. Vyšetření je velmi časově náročné, je možné ho provést teprve 3-6 hodin po aplikaci radiofarmaka.

Před samotným vyšetřením je pacientovi podán chloristan draselný, který zabraňuje akumulaci volného jódu ve štítné žláze. Podává se jedna tableta v předvečer vyšetření a jedna tableta ráno, v den vyšetření.

Toto vyšetření je možné využít v časných stádiích k ověření diagnózy PN, v nejasných případech a u onemocnění s atypickými příznaky PN, běžně se neprovádí (10, s. 26-29).

1.9. Terapie

Léčba Parkinsonovy nemoci se zaměřuje hlavně na zmírnění příznaků, které onemocnění provázejí, nepotlačují však primární patologický proces. Jedná se zejména o neuroprotektci, ochranu nervové tkáně před dalším poškozením (neurorescue), nebo obnovu již poškozené tkáně (11, s. 362-8).

Neuroprotektivní účinek lze však prokázat jen velmi těžko, proto byl zaveden termín „účinek zmírňující nemoc“ (disease modifying effect), (12).

Dlouhodobá medikace je často spojena s celou řadou nežádoucích účinků. Terapeutické postupy by tedy měly být utvářeny tak, aby byl nástup pozdních komplikací co nejvíce oddálen. Cílem léčebných postupů by tak logicky mělo být zachování maximální možné kvality života.

Postup léčby u daného pacienta by měl být plně individualizován s ohledem na aktuální stav pacienta. V léčbě Parkinsonovy nemoci se nemůžeme spoléhat jen na farmakologickou terapii, ale také na nefarmakologické postupy léčby, jako je rehabilitace, psychoterapie, pohybová reedukace, logopedie a v neposlední řadě také funkční neurochirurgie (13, s. 29).

1.9.1. Farmakoterapie

Farmakologické postupy v léčbě PN lze rozdělit na *symptomatické* (substituční léčba tzn. náhrada chybějícího dopaminu), *kompensační* (vyrovnání neuromediátorové dysbalance) a na *léky pomocné*, regulující nežádoucí účinky a komplikace onemocnění.

1.9.1.1. Substituční léčba

L-DOPA

Farmakologické přípravky: Isicom, Nakom, Madopar, Stalevo

Deficit dopaminu nelze kompenzovat jeho přímým podáváním, neboť dopamin špatně prochází hematoencefalickou bariérou a byl by tak spotřebován na periférii. Proto se v léčbě uplatňuje podávání prekursoru dopaminu L-DOPA (7, s. 197).

L-DOPA se k léčbě PN užívá od 70. let 20. století v kombinaci s inhibítorem periferní L-DOPA- dekarboxylázou (iDDC)- benserazidem nebo karbidopou. Tato kombinace výrazně snižuje nežádoucí účinky, jako je nauzea, zvracení, náhlá hypotenze, arytmie a bludy. Léčba levodopou se zahajuje postupně v nízké dávce (cca 100mg denně) a pozvolna se její dávka navyšuje až do účinné dávky dle aktuálního stadia onemocnění (cca 300-1500mg denně). L-DOPA má velký vliv především na potlačení příznaků jako je rigidita, tremor, hypokineze a bradykineze.

Užití: nalačno, nebo s malým množstvím nebílkovinné stravy. Preparáty jsou dostupné jak v tabletové formě (Madopar, Isicom, Nakom), tak v kapalné (Isicom, Madopar).

Kontraindikace: glaukom s uzavřeným úhlem (13, s. 30-31).

Agonisté dopaminu

Farmakologické přípravky: Mirapexin, Requip, Permax,

Jedná se o látky procházející hematoencefalickou bariérou a působící na dopaminové receptory ve striatu. Jejich hlavním léčebným využitím je zvládnání pozdních motorických komplikací PN. Brzké podání agonistů dopaminu má neuroprotektivní účinek. Při jejich podávání musíme brát v potaz věk pacienta (většinou do 65 let) a riziko psychotických komplikací. Častá je i nadměrná denní spavost. Pacienti musí být řádně poučeni.

Kontraindikace: podávání pacientům s psychotickou epizodou anamnesticky, s projevy deprese a úbytkem kognitivních funkcí (demence). (13, s. 33-34).

1.9.1.2. Kompenzační léčba

Inhibitory MAO-B (monoaminoxidáza- B)

Farmakologické přípravky: Jumex, Cognitiv, Apo-seleg, Sepatrem

Tyto přípravky blokují MAO-B (monoaminoxidázu-B) na postsynaptických receptorech a chrání dopamin před jeho biodegradací (má neuroprotektivní účinek). Tím je zvýšen účinek levodopy, která je podávána současně s těmito léky. Podávání těchto preparátů zvyšuje riziko zmatenosti a psychických poruch.

Užití: převážně ráno, nebo dopoledne, může narušovat spánek.

Kontraindikace: u pacientů s rizikem psychických komplikací, srdečních a cévních chorob. Nesmí se kombinovat s antidepresivy.

Inhibitory COMT (katechol-O-methyl-transferáza)

Farmakologické přípravky: Tasmar, Comtan

U Parkinsonovy nemoci je narušena rovnováha mezi tvorbou dopaminu, množstvím levodopy a dalšími metabolity. Udržení této rovnováhy má na starost MAO a COMT, které odbourávají levodopu a dopamin. Blokádou COMT se zvýší hladina a produkce levodopy v krvi a mozku. Výsledkem je prodloužený účinek jednotlivých dávek levodopy a zvýšení hladiny dopaminu v mozku.

Hlavním efektem léčby je oddálení pozdních hybných komplikací. Mezi nežádoucí účinky patří zvýraznění dyskinéz a průjem. V mimořádných případech může dojít k poškození jater, z tohoto důvodu je důležité provádět pravidelně kontrolu jaterních enzymů.

Amantadin

Farmakologické přípravky: Viregyt K, PK Merz,

Jeho pozitivní účinek na léčbu PN, byl objeven zcela náhodně, neboť byl původně vyvinut k léčbě chřipky. Po užití amantadinu bylo u pacientů s PN pozorováno zlepšení hybnosti. Má anticholinergní a dopaminergní účinky.

V časně fázi onemocnění tlumí projevy, jako je třes, bradykinéze a rigidita. V pozdějších fázích onemocnění tlumí pozdní motorické komplikace. Užívá se také v parenterální formě k řešení akutních hypodopaminergních stavů, jako je akineze, pooperační stavy u pacientů s PN apod.

Je většinou dobře snášen, ojediněle se mohou projevit bolesti hlavy, nespavost a zažívací obtíže. Při kombinaci s levodopou může vyvolávat nežádoucí duševní změny, proto se řadí mezi rizikové léky a měl by být podáván max. do 65 let věku.

Anticholinergika

Farmakologické přípravky: Akineton, Kemadrin, Apo-benz-tropin,

Anticholinergika byla až do objevení levodopy jediným částečně účinným lékem pro terapii Parkinsonovy nemoci. Jedná se zejména o léčiva s centrálním parasymptolytickým účinkem, účinná proti tremoru.

V současné době je jejich podávání značně omezeno a to především z důvodu vysokého rizika vedlejších účinků. Mezi *nežádoucí účinky* patří zejména poruchy vidění, sucho v ústech, tachykardie, zácpa, poruchy paměti, zmatenost, psychotické poruchy, halucinace a dyskineze. *Kontraindikacemi* jsou hypertrofie prostaty, glaukom s uzavřeným úhlem a poruchy činnosti, či neprůchodnost trávicího traktu.

Při jejich nasazování musíme dbát na postupné navyšování dávky dle tolerance nežádoucích účinků. Totéž platí při jejich vysazování. Náhlé vysazení by mohlo vést až k akinetické krizi (13, s. 34-38).

1.9.1.3. Pomocná léčba

Motilium (Domperidon)

Užívá se ke zlepšení činnosti trávicího ústrojí. Blokuje receptory pro dopamin ve stěně trávicí trubice, v srdci, cévách a centru zvracení. Užívá se k prevenci a potlačení nežádoucích účinků levodopy. Obvykle se podává cca 3 dny před nasazením L-DOPY. Denní dávka se pohybuje mezi třemi a šesti tabletami denně.

Antidepressiva

Farmakologické přípravky: Citalec, Seropram, Cipralex, Deprex, Prozac, Fevarin, Zoloft,

Podávání antidepressiv zvyšuje množství neurotransmiterů v mozku. Jejich nízká hladina má za následek rozvoj deprese.

Nejčastěji podávanými léky z této skupiny jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Účinek těchto léků je možné pozorovat zhruba po 3-4 týdnech, kdy dochází k dostatečnému vzestupu hladin neurotransmiterů. Mezi nežádoucí účinky patří nauzea, zvracení, ve výjimečných případech i průjem, pocení a poruchy vědomí.

Anxiolytika, Sedativa a Hypnotika

Farmakologické přípravky: Diazepam, Oxazepam, Radepur, Rudotel, Neurol, Xanax, Lexaurin, Rivotril,

Anxiolytika a sedativa mají zklidňující a strach odbourávající účinek. Nejčastěji se používají benzodiazepiny a jejich deriváty. Tyto preparáty by neměly být podávány pacientům nad 65 let.

Hypnotika navozují spánek.

Farmakologické přípravky: Stilnox, Hypnogen,

Nežádoucí účinky těchto skupin léků spatřujeme především v jejich sklonu vytvářet závislost na daném léku, snižování účinku v čase a nutnost navyšování dávek.

Atypická neuroleptika a kognitiva

Atypická neuroleptika se užívají u neklidných pacientů, neblokují receptory pro dopamin v bazálních gangliích, ale blokují receptory ostatních typů, zvláště pak v mozkové kůře frontálních laloků. Mezi nežádoucí účinky patří pocení, sucho v ústech a změny krevního tlaku. (1, s. 56-58)

Farmakologické přípravky: Tiapridal, Leponex, Klozapin, Seroquel,

Kognitiva pozitivně ovlivňují kognitivní funkce. Jejich indikací je úbytek kognitivních funkcí a psychotické projevy. Před nasazením se provádí test kognitivních funkcí MMSE (Mini Mental State Exam).

Farmakologické přípravky: Exelon, Aricept, Reminyl,

1.9.2. Fyzioterapie

Fyzioterapie a pohybové aktivity mají nepostradatelnou úlohu při léčbě PN. Má svou roli ve všech stádiích onemocnění. Postupně se přizpůsobuje měnícím se schopnostem pacienta a změnám ve farmakoterapii.

Jejím cílem je zlepšit kvalitu života nemocného. Největším úkolem fyzioterapie je motivovat pacienta k pohybu a tím ovlivnit jeho hybnost (14, s. 13-14).

1.9.3. Režimová opatření

Jejich principem je zachování maximální možné soběstačnosti nemocného. Zahrnují denní režim, podávání a užívání léků dle rozpisu. Dále zahrnují řešení obtíží spojených s průběhem nemoci a komplikace, které se objevují v pozdních stádiích onemocnění. Svě místo tu mají také pomůcky usnadňující nemocnému pohyb v domácnosti.

1.9.4. Neurochirurgická léčba

Funkční neurochirurgie značně rozšiřuje možnosti léčby Parkinsonovy nemoci tam, kde jsme již vyčerpali všechny dostupné možnosti (farmakoterapie).

Stereotaxe je chirurgická metoda umožňující přesné zacílení struktur v hloubi lebky a zaměření mozkových jader pomocí souřadnicového systému s pomocí zobrazovacích metod. Pacientovi je v lokální anestezii připevněn k lebce stereotaktický rám a navrtává se otvor k zavedení tenké elektrody do mozku. Vysokofrekvenčním ohřátím (termoléze) nebo pomocí Gama nože (záření) dochází k porušení jednotlivých okrsků buněk BG a tím i k omezení nežádoucích projevů PN. Jde o destrukční zásah buď na talamu- talamotomie (nucleus ventralis intermedius) např. u jednostranného třesu, nebo na palidu- palidotomie (posteroventrální jádro vnitřního palida) k ovlivnění akinezy a rigidity.

V současné době se nejčastěji užívá metoda **hluboké mozkové stimulace** (DBS, Deep Brain Stimulation). Pro tuto metodu je charakteristický nízký výskyt komplikací a vedlejších účinků. Jedná se o neuromodulační léčbu, která ovlivňuje změněné funkce mozku pomocí elektrických impulzů z elektrod, které jsou zavedeny do center odpovědných za řízení hybnosti. Elektrody jsou zaváděny do subthalamických jader (STN), nebo do talamu. Generátory impulzů jsou uloženy subkutánně na hrudi, pod klíční kostí. Propojení probíhá díky kabelům zavedeným v podkoží. Toto může pacient sám ovlivňovat (zapne, vypne).

Tato metoda se osvědčila především u pacientů v pokročilejším stádiu onemocnění (cca 10 let trvání nemoci). Výsledkem DBS STN je možnost snížení dávek léků a tím i snížení výskytu nežádoucích účinků (poruchy hybnosti).

Kontraindikací k tomuto výkonu je vyšší věk pacienta, deficit kognitivních funkcí, nebo akutní deprese (16).

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Základní údaje o pacientovi

Iniciály: X. Y.

Věk: 73 let

Pohlaví: muž

Národnost: česká

Místo bydliště: Praha

Povolání: důchodce

Kontaktní osoba: manželka, syn a dcera

Stav: ženatý

Vyznání: bez vyznání

2.2. Anamnéza

Anamnéza byla odebrána lékařem při první návštěvě pacienta v naší ambulanci (9/2012).

Anamnestické údaje o pacientovi jsem získala z dokumentace pacienta a z rozhovorů, které jsem s ním a jeho rodinou vedla. Pacient souhlasil s použitím těchto informací ke zpracování mé bakalářské práce.

2.2.1. Rodinná anamnéza

Otec pacienta zemřel v 65 letech na akutní infarkt myokardu. Léčil se s diabetem mellitem II. typu na PAD a hypercholesterolémií. V dětství prodělal záškrt.

Matka zemřela v 77 letech, tragicky. Od 66 let se léčila s Parkinsonským syndromem.

Pacient má 3 sourozence, dva starší bratry a sestru. Sestra se léčí s CHOPN, Jeden z bratrů se léčí s Diabetem mellitem II. typu, druhý bratr je zdravý.

Pacient má dvě děti. Syna, který se léčí s hypercholesterolémií a hypertenzí. Dcera se léčí s hypercholesterolémií.

V historii rodiny se častěji vyskytují onemocnění srdce, Diabetes mellitus II. typu a hypercholesterolémie.

2.2.2. Osobní anamnéza

V dětství prodělal pacient běžná dětská onemocnění. V 6 letech mu byla odstraněna nosní mandle pro časté záněty dutin a středouší. V 10 letech apendektomie. Od 42 let se léčí s arteriální hypertenzí. Od 45 let varixy dolních končetin a otoky kolem kotníků. Od 63 let se léčí s DM II. typu. Pacient trpí zácpou cca posledních 5 let.

Od 3/2010 v péči neurologa pro diabetickou polyneuropatii HK a DK.

9/2012 přichází do naší ambulance pro zhoršující se potíže, jako je bradykineze a třes HK.

8/2013 potvrzena diagnóza Parkinsonovy choroby.

Pacient dochází na pravidelné kontroly v rozmezí 6-12 týdnů, podle aktuálního zdravotního stavu. Výjimkou nejsou ani návštěvy u pacienta doma (při náhlém zhoršení hybnosti).

Abusus: Exnikotinismus 40 let, kávu pije cca 2x denně a alkohol (víno cca 2 dcl) příležitostně.

AA: PNC, jiné alergie neudává.

Kompenzační pomůcky: brýle na čtení

Dieta: diabetická, č. 9

Fyziologické hodnoty: výška 174 cm, váha 84 kg, BMI 27 (nadváha), TK 155/100 (hypertenze), P 84', D 18', TT 36,6 °C

2.2.3. Sociální anamnéza

Pacient žije ve společné domácnosti se svojí ženou již 48 let. Žijí ve 2. patře staré zástavby v obecním bytě v Praze. Pan X.Y. pracoval jako vedoucí odboru ve státní správě. Ve starobním důchodu je od 9/2010, kdy došlo ke zhoršení zdravotního stavu (diabetická polyneuropatie HK a DK).

Dcera se výrazně podílí na péči o svého otce. Od 6/2013 pracuje na zkrácený úvazek, aby mohla pomáhat své matce s péčí o otce. Syn se na péči podílí tím, že zajišťuje finanční prostředky a pomůcky, které jeho otec nezbytně potřebuje pro udržení samostatnosti. Svého otce pravidelně doprovází a vozí, spolu s matkou k lékaři.

2.3. Průběh onemocnění

Pacient se od roku 2006 léčil v centru bolesti v Nemocnici na Františku pro bolest HK spojenou s diabetickou neuropatií. Od roku 2010 navštěvoval jinou

neurologickou ambulanci, kde nebyl spokojen s vývojem a řešením svých obtíží. Do naší ambulance přichází v 9/2012 pro zhoršující se potíže jako je třes a bradykineze HK.

K nám pacient přichází pro brnění na hrudníku, které postupuje přes celá záda od lopatek k bedrům. Velmi nepříjemně to pociťuje hlavně v chladu. Dalším problémem jsou nepříjemné pocity na ploskách nohou a necitlivost špiček prstů na nohou. Tyto potíže se nejvíce projevují v chladu (více „šourá“ nohama). Také ho trápí pocity chladu v rukou, třes (vyskytoval se u jeho matky) a necitlivost prstů obou rukou. Pacient dále udává celkové zpomalení tempa a iniciálního pohybu převážně vlevo. Má pocit, že mu vše příliš dlouho trvá (sebeobsluha). Písmo je neobratné.

Po neurologickém vyšetření bylo pacientovi doporučeno vyšetření EMG (elektromyografie), zda se nejedná o zhoršení diabetické polyneuropatie HK. Dále byl pacient poslán na CT mozku k vyloučení strukturálních změn. Pro zhoršující stav bylo pacientovi provedeno také vyšetření DaT SCAN.

V 10/2012 bylo pacientovi provedeno EMG horních končetin s výsledkem středně těžké axonální neuropatie. Byl nasazen Neurontin 300mg, reakce na léčbu byla pozitivní, došlo k ústupu obtíží. Necitlivost prstů na rukou byla výrazně snížena, třes ustoupil. Současně absolvoval rehabilitaci, která zlepšila hybnost HK.

V 4/2013 si pacient stěžoval na vertigo a pocity slabosti a neobratnosti LHK. V 5/2013 bylo provedeno CT mozku k vyloučení strukturálních změn s výsledkem mozkové dystrofie bez expanzivních změn.

Během 7/2013 pacient udává zhoršení obtíží týkající se pohybu HK a DK, obtíže specifikuje spíše levostranně. Udává poruchy citlivosti a neobratnost HK. Udává problémy s chůzí, má pocit, že se „nemůže rozejít“. Z tohoto důvodu bylo lékařem doporučeno vyšetření DaT SCAN, které bylo provedeno v 8/2013. Výsledek tohoto vyšetření potvrdil diagnózu PN, dopaminergní transportní systém byl značně redukován. Pacientovi bylo nasazeno Motilium jako prevence nežádoucích účinků před začátkem léčby pomocí antiparkinsonik (Requip-

Modutab 2mg, 1-0-0, po týdnu 2-0-0, po dalším týdnu 3-0-0 a dále 4-0-0). 9/2013 udává pacient zlepšení hybnosti a obratnosti LHK. 10/2013 dochází opět ke zhoršení hybnosti HK a DK, ale pravostranně, třes je výraznější v pravém stehně. Citlivost PHK je snížena. Dochází k výkyvům nálad. Pacient zmiňuje pocit „vnitřního třesu“.

V 11/2013 dochází k celkovému zhoršení hybnosti, pacient má deficit sebeděče. Zmiňuje, že předepsané léky (Requip-Modutab) neužívá dle rozpisu, neboť si „není jistý, zda je opravdu potřebuje“. Jako příčinu progresu onemocnění považujeme nedodržení léčebného režimu. Pacient je opětovně poučen o důležitosti dodržení terapie. 12/2013 navštívujeme pacienta s lékařem v místě jeho bydliště, dle manželky „se nemůže pohybovat“. Lékař diagnostikoval akinetickou krizi, svalovou rigiditu a poruchu spánku.

V 1/2014 hybnost zlepšena, pacient dále udává poruchu vyprazdňování a vertigo po změně polohy. Pacient a jeho rodina reedukována ohledně terapie, rehabilitace a režimových opatření. 2/2014 dochází u pacienta k výrazným výkyvům nálad, přestože se jeho deficit sebeděče výrazně snížil. 3/2014 stav stabilní, pacient pravidelně rehabilituje, bolest neudává. Důraz kladen na edukaci, dodržování léčebného režimu a režimových opatření.

Výsledky vyšetření

Scintigrafie skeletu 9/2009, provedeno pro bolesti Th páteře v NNF, prokázalo vyšší metabolickou aktivitu v oblasti Th páteře a kloubů končetin v. s. degenerativní etiologie.

EMG 10/2012 středně těžká, symetrická, distální, převážně senzitivně axonální neuropatie HK, která je v souladu s diagnózou diabetické distální neuropatie HK.

CT mozku, nativ 5/2013 atrofie mozková, nevýrazné hypodenzity, starší postischemické gliosy. Expanzivní změny patrné nejsou.

DaT SCAN 8/2013 dopaminergní transportní systém značně redukován, převážně v pravém striatu.

Lékařské diagnózy:

Parkinsonova choroba

Diabetes mellitus II. typu

Arteriální hypertenze

Varixy dolních končetin

2.4. Nynější onemocnění

Kontrolní návštěva u pacienta doma 15. 12. 2013 v 10:20h.

Pro náhlé zhoršení zdravotního stavu nebylo možné, aby se pacient dostavil na pravidelnou kontrolu do naší ambulance. Po dohodě s manželkou pacienta jsme s paní doktorkou navštívili pacienta doma. Pacient udává zhoršení hybnost HK i DK. Pozoruje klidový třes pravého stehna, pocit vnitřního třesu („jako by byl po mrtvici“). Stěžuje si na ztrátu citu a obratnosti rukou, zpočátku vlevo, nyní vpravo. Přestal cvičit, má pocit, že „ztratil“ sílu. Není schopen se rozejít, obtížně se otáčí v lůžku, potřebuje pomoc manželky. Přes den opouští lůžko max. na 2-3 hodiny. Někdy je jako „opařený“, než něco zvedne. Velkým problémem začíná být i kolísání nálady a porucha vyprazdňování (1x za 4 dny). Chutě a pachy rozliší.

Stav při vyšetření (cituji neurologický nále z dokumentace pacienta)

Pacient spolupracuje, je lucidní, orientovaný. Hypomimie, řeč lehce vážne, pomalejší mluva, monotonie.

- izokorie, foto +, bez nystagmu, bez diplopie
- n.V. masseter přiměřený, čítí normální
- n.VII. cení symetricky
- jazyk plazí středem, dávivý reflex přiměřený
- ax.r. negativní, Chvostek negativní
- šíje volná,
- HK hyporeflexie, rr C5/8 sym. nízké, neobratnost prstů (klapání bilat. 1/5)
- DK bez paréz, rr L2/4 sym., L5/S2 nevybaveny, porucha čítí plosek nohou
- stoj normální, chůze v anteflexi, pohyby výrazně omezeny, spíše vlevo

Farmakoterapie k 15. 12. 2013

Requip-Modutab tbl. 8mg 1-0-0 per os

Requip-Modutab tbl. 2mg 0-0-2 per os

Motilium tbl. 10 mg 1-1-1 per os

Anopyrin tbl. 100mg 1-0-0 per os

Neurontin cps. 300mg 1-1-0 per os

Caduet tbl. 5mg 1-0-0 per os

Galvus tbl. 50mg 1-0-1 per os

Prestance tbl. 5mg 1-0-0 per os

Stadamet tbl. 1000 mg 1-0-1 per os

Farmakologická anamnéza v době stanovení plánu ošetrovatelské péče

Requip- Modutab 2mg, 8mg tbl.

Dávkování: Requip- Modutab 2mg 1-0-0, po týdnu 2-0-0, po dalším týdnu 3-0-0 a dále 4-0-0, po dobrání balení Requip- Modutab 8mg 1-0-0

Indikační skupina: antiparkinsonikum

Indikace: Parkinsonova choroba

Nežádoucí účinky: somnolence, náhlý nástup spánku během dne, výskyt impulzivních poruch, halucinace, zácpa, závratě, periferní edém, zvracení, bolesti břicha, snížení krevního tlaku. Musíme dbát na kontraindikace s antipsychotiky a hormonální substituční léčbou.

Tablety se zapíjejí dostatečným množstvím vody, bez závislosti na jídle. Nesmí se kousat ani drtit.

Motilium 10mg tbl.

Dávkování: 1-1-1

Indikační skupina: prokinetikum, antiemetikum

Indikace: komplex dyspeptických potíží spojený s opožděným vyprazdňováním žaludku, pocit plnosti v epigastriu, nevolnost říhání, flatulence, pálení žáhy.

Nežádoucí účinky: křeče, nekontrolovatelné pohyby očí, paží, nohou, třes ve svalech, dušnost, vyrážka, otok obličeje. Nesmí se užívat s anticholinergiky, antacidy a makrolidovými ATB, jako je např. Clarithromycin.

Tablety se zapíjejí dostatečným množstvím vody nejlépe 15-30min. před jídlem. Maximální denní dávka je 80mg.

Anopyrin 100mg tbl.

Dávkování: 1-0-0

Indikační skupina: antiagregans

Indikace: tlumí shlukování trombocytů a předchází tak vzniku krevních sraženin v cévách, profylaxe tranzitorních ischemických atak a mozkových infarktů. Užívá se také při akutním infarktu myokardu a nestabilní angině pectoris.

Nežádoucí účinky: žaludeční a střevní obtíže, nevolnost, hypoglykémie, chudokrevnost, kožní reakce, zhoršení astmatu.

Tablety se užívají po jídle a musí se zapíjet dostatečným množstvím tekutin.

Neurontin 300mg cps.

Dávkování: 1-1-0

Indikační skupina: antiepileptikum

Indikace: jako přídatná léčba při léčbě parciálních záchvatů se sekundární generalizací, léčba periferní neuropatické bolesti

Nežádoucí účinky: ospalost, únava, závratě, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, přibývání na váze, nervozita, nespavost, porucha souměrnosti pohybů (ataxie), mimovolné pohyby očí (nystagmus), poruchy citění jako je brnění (parestázie) a ztráta chuti k jídlu (anorexie), třes rukou (tremor), poruchy řeči (dysartrie), poruchy myšlení, poruchy paměti (amnesie), pocit sucha v ústech, depresivní nálady a emoční labilita.

Tobolka se podává s jídlem, nebo bez jídla. Je nutné ji zapít dostatečným množstvím tekutin. Interval mezi jednotlivými dávkami by neměl přesáhnout 12h.

Caduet 5mg tbl.

Dávkování: 1-0-0

Indikační skupina: inhibitor HMG-CoA reduktázy a blokátor kalciového kanálu

Indikace: prevence kardiovaskulárních poruch u pacientů s hypertenzí, nebo zvýšenou hladinou cholesterolu, přípravek obsahuje dvě léčivé látky, amlodipin a atorvastatin. Amlodipin slouží k léčbě vysokého krevního tlaku a atorvastatin snižuje hladinu cholesterolu v krvi.

Nežádoucí účinky: alergické reakce, bolesti hlavy (zvláště na začátku léčby), závratě, pocit únavy, ospalost, nepravidelný srdeční rytmus, zarudnutí v obličeji, krvácení z nosu, nevolnost, bolesti břicha, změna střevní funkce, bolesti kloubů a svalů, svalové křeče a spazmy, bolesti zad a končetin, otoky horních i dolních končetin, kloubů nebo prstů, zvýšení hladiny krevního cukru.

Přípravek se užívá kdykoliv během dne bez závislosti na jídle. Při užívání tohoto léku je nutné vynechat z jídelníčku grepy.

Galvus 50mg tbl.

Dávkování: 1-0-1

Indikační skupina: antidiabetikum

Indikace: léčba diabetu II. typu, blokuje rozpad „inkretinových“ hormonů v těle. Tyto hormony se uvolňují po jídle a stimulují slinivku břišní k produkci inzulínu.

Nežádoucí účinky: závratě, jaterní obtíže, je nutné pravidelně kontrolovat jaterní soubory.

Tableta se užívá ráno a večer, dle ordinace lékaře, zapíjí se menším množstvím vody.

Prestance 5mg tbl.

Dávkování: 1-0-0

Indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor a blokátor kalciových kanálů

Indikace: léčba esenciální hypertenze, nebo stabilní ISCHS

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, závrať, ospalost, znecitlivění nebo mravenčení v končetinách, poruchy zraku, tinitus, palpitace, kašel, dušnost, nevolnost, zvracení, poruchy chuti, průjem, zácpa, otok kotníků.

Tableta by se měla užívat vždy ve stejnou denní dobu, nejlépe nalačno.

Stadamet 1000mg tbl.

Dávkování: 1-0-1

Indikační skupina: perorální antidiabetikum, derivát biguanidu

Indikace: diabetes mellitus II. typu, zejména u obézních pacientů, kde dieta a cvičení nestačí udržet přiměřenou hladinu glykémie.

Nežádoucí účinky: pokles vstřebávání vitamínu B 12 a pokles jeho hladiny v séru, ztráta chuti, nevolnost, zvracení, kopřivka.

Obvykle se užívá během jídla nebo po jídle (17).

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Výběr pacienta pro tuto případovou studii nebyl jednoduchý. Vliv na mé rozhodnutí měl fakt, že se jedná o pacienta s diagnózou, se specifickými, různě proměnnými projevy a potřebami. Nejedná se o klasický ošetřovatelský proces. Velký důraz je kladen především na edukaci pacienta samotného i jeho rodiny. Nezbytnou součástí je otevřený vztah mezi všemi zúčastněnými stranami (lékař x sestra x pacient x rodina). Komunikace mezi pacientem a jeho rodinou probíhala formou ambulantních návštěv, návštěvami v domácím prostředí, telefonickou i emailovou podporou. Vzhledem k povaze onemocnění (vyvíjí se i několik let), jsem na dobu akinetické krize (cca 1 týden) zvolila krátkodobý plán péče, dále jsem volila plán dlouhodobý (cca na 3 měsíce), aby lépe odpovídal vývoji onemocnění a potřebám pacienta.

3.1. Charakteristika ošetřovatelského procesu (OP)

OP je racionální metodou poskytování ošetřovatelské péče nemocným. Jejímž cílem je zhodnotit stav pacienta, plánovat, přehodnocovat a uspokojovat jeho individuální potřeby. Jde o poskytování ošetřovatelských intervencí, které slouží podpoře zdraví a dosažení maximální možné kvality života pacienta a jeho rodiny. Ošetřovatelský proces se skládá z jednotlivých fází, které se navzájem prolínají a doplňují. Uplatňuje se tu holistický pohled na pacienta (18).

„Celek je víc, než prostý součet svých částí“ J. H. Smuts 1926

3.1.1. Ošetřovatelská anamnéza

- Jedná se o sběr dat o nemocném a jeho zdravotním stavu.
- Informace o pacientovi získáváme pozorováním, rozhovorem s pacientem, přáteli a rodinou, popřípadě i s ostatními členy ošetřovatelského týmu.
- Má významné postavení pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a plánů, zvážení míry pomoci a podpory k sebepéči.
- Informace musí být soustavně doplňovány a přehodnocovány.

3.1.2. Ošetřovatelská diagnóza

- Je stanovena sestrou po důkladném sběru a rozčlenění dat.
- Určuje míru soběstačnosti pacienta a tím i potřebu ošetřovatelských intervencí.
- Zabývá se aktuálními i potenciálními problémy pacienta.
- Ošetřovatelské diagnózy jsou formulovány a stanoveny podle klasifikace NANDAII (North American Nursing Diagnosis Association).

3.1.3. Plán Ošetřovatelské péče

Skládá se z několika logicky po sobě jdoucích kroků:

- Stanovení cílů.
- Cílem chápeme očekávaný výsledek, nebo změnu ve zdravotním stavu pacienta.
- Musí být vždy konkrétní, reálný a musí odpovídat aktuálním možnostem a schopnostem pacienta.
- Musí být měřitelný, buď v krátkodobém či dlouhodobém horizontu.

3.1.4. Stanovení plánu péče

- Plánem péče rozumíme ošetrovatelské intervence, které vedou k dosažení předem stanovených cílů.
- Plán, stejně jako cíle musí být konkrétní, s možností ho doplnit a měnit dle aktuálního stavu pacienta.

3.1.5. Realizace plánu

- Zahrnuje činnosti, které vedou k dosažení stanovených cílů.
- Pacient není pasivní článek, ale aktivně se podílí na realizaci nastaveného plánu.

3.1.6. Zhodnocení plánu

- Zjišťujeme, zda jsme dosáhli cílů, které jsme si stanovili v ošetrovatelském plánu.
- Hodnotíme objektivní (pohled personálu, rodiny) i subjektivní (pohled pacienta) výsledky v realizaci ošetrovatelského plánu a jednotlivé cíle podrobně hodnotíme.
- V případě nesplnění cíle opět přehodnocujeme a volíme intervenci, o které předpokládáme, že povede ke splnění námi stanoveného cíle (19).

3.2. Charakteristika ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové

Pro zpracování ošetrovatelské anamnézy jsem zvolila „Model funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové. Tento model jsem si pro svého pacienta zvolila zcela záměrně, neboť je mi velmi sympatický přístup M. Gordon v péči o pacienta a vidění světa vůbec. Je zde kladen velký důraz na odpovědnost za své zdraví. Pacient je vnímán jako celek se specifickými bio- psycho- sociálními potřebami. Je vnímán jako holistická bytost, pro kterou je charakteristický funkční, dysfunkční či potenciálně dysfunkční vzorec zdraví.

Hlavní rolí sestry je systematický sběr, třídění a vyhodnocování informací. A to jak objektivním způsobem, jako je pozorování a fyzikální vyšetření, tak subjektivně (údaje získané od pacienta, rodiny). Tyto informace hodnotí ve 12 oblastech a následně analyzuje výsledky, které jí pomáhají ve stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů a plánu. Tyto oblasti jsou autorkou označovány jako 12 funkčních vzorců zdraví. Tyto vzorce zahrnují funkční nebo dysfunkční součást zdraví (20).

3.2.1. Model funkčních vzorců zdraví

1. Vnímání zdraví- udržování zdraví
2. Výživa- metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita- cvičení
5. Spánek- odpočinek
6. Citlivost, vnímání, poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta

8. Role- vztahy
9. Reprodukce- sexualita
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. Víra- životní hodnoty
12. Jiné (21).

3.3. Ošetřovatelská anamnéza

Ke zhodnocení a zpracování ošetřovatelské anamnézy jsem si vybrala den, kdy jsme s paní doktorkou navštívili pacienta kvůli zhoršení zdravotního stavu přímo u něj doma (15.12.2013 10:20h). Ke zpracování ošetřovatelské anamnézy jsem použila dokument 3. LF UK Praha.

3.3.1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient své zdraví vnímá jako narušené. Svůj současný stav velmi těžce nese. Vyvíjí se u něj depresivní porucha. Je lítostivý a demotivován. Stále mluví o tom, že vlastně nechápe, proč se jeho zdravotní stav tak zhoršil. Přestal cvičit, udává že „nemá sílu“. Manželka sděluje, že v posledním týdnu převážně leží. Připadá si nevykonný. Má pocit, že úkoly které si dříve na každý den stanovil, nyní není schopen splnit. Komunikaci omezil na nutné minimum, dále mu vadí neobratnost a třes horních končetin. Se svým onemocněním se vyrovnává „po svém“. Cítí se nepochopený. Chybí mu potěšení z věcí, které mu dříve přinášely radost. Byl zvyklý mít nad svým životem kontrolu, teď má pocit že ji nemá. Na lékařské kontroly dochází pravidelně, většinou v doprovodu manželky. Občas se mu stane, že zapomene užít svou medikaci. Udává, že je to proto, že má moc léků.

3.3.2. Výživa – metabolismus

Pacient se nestravuje zcela pravidelně. V poslední době udává, že nemá na nic chuť. Snídá většinou kolem 7 hod. ráno, svačiny často vynechává. Oběd většinou připravuje manželka, nebo dcera. Při nepřítomnosti manželky v době oběda má pacient jídlo připravené ve sklenicích, do kterých bylo předem zavařeno. Měl by dodržovat diabetickou dietu, ale přiznává, že v tomto ohledu nemá úplně pevnou vůli. Večeři se snaží připravovat sám. Preferuje studenou večeři.

V průběhu rozhovoru jsem zjistila, že pacient má snížený příjem vlákniny (ovoce, zelenina) a tekutin. Denně vypije zhruba 750ml. Po ránu pije černý čaj, později dopoledne kávu. Manželka se snaží „nutit“ mu zeleninové šťávy, s ne příliš velkým úspěchem. Večer je zvyklý na 2dcl červeného vína (cca 3x týdně). Pacient má snížený pocit žízně, do příjmu tekutin se musí nutit. Rty má okoralé a sliznice a kůže sušší. Pacient má umělý chrup. Jídlo jí většinou vidličkou, maso zvládne nakrájet sám. Dává přednost drůbežímu masu.

Měří 174 cm, váží 84 kg. Hmotnost má drobné výkyvy +/- 3kg. BMI je 27 (nadváha). Výsledek nutričního screeningu jsou 2b. (viz příloha č. 3). U pacienta došlo během posledních 8 týdnů k váhovému úbytku 3kg.

3.3.3. Vylučování

S vylučováním moči přes den pacient neudává větší problém, močí spontánně. Močí asi 6x denně. Během noci je nucen 2-3x kvůli močení vstát, proto má u lůžka močovou láhev. Moč je bez příměsí, tmavší barvy. Stěžuje si na problémy s vylučováním stolice. Vyprazdňuje se zhruba 1x za 4 dny. Stolica je tužší, vyprazdňování je bolestivé. Poslední stolice byla 13. 12. 2013. Nárazově užívá léky na podporu vyprazdňování (Lactuloza).

3.3.4. Aktivita – cvičení

Pacientova pohyblivost a soběstačnost je následkem porušení léčebného režimu (vynechání medikace antiparkinsonik) snížena. Výsledek hodnocení dle Barthel je 55 bodů- závislost středního stupně, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové činí 23 bodů- vysoké riziko (viz příloha č. 2). Riziko pádu dle Conleyové 15 bodů- vysoké riziko (viz příloha č. 3). Test instrumentálních denních činností- IADL 30 bodů- závislý (viz příloha č. 4)

Dříve pravidelně cvičil sestavu s míčky a základní sestavu cviků pro parkinsoniky. Nyní kvůli zhoršení stavu necvičí, uvádí, že na to „nemá sílu“. Je mu nepříjemné, že se nemůže věnovat svým koníčkům (filatelie, modelářství, výlety) jako před počátkem onemocnění. Udává, že má „nešikovné ruce“, také ho velmi limituje třes končetin. Snaží se alespoň luštit křížovky a číst knihy, aby jak říká „udržel paměť v pohotovosti“. Pociťuje točení hlavy po postavení z polohy vleže, z toho pramení nejistota v pohybu. Má pocit zpomalení a uvádí také zhoršení písma.

Pokud nemá akutní zhoršení stavu, je schopen se sám najíst i obléknout. Problémy má se zapínáním knoflíků, proto mu manželka na košile a kalhoty všila suché zipy.

Nejvíce času mu zabere osobní hygiena. Pacient nosí knír a vousy. S úpravou mu pomáhá dcera. Čištění protézy mu nečiní problém. Dbá na ústní hygienu. Pacient se 2x týdně sprchuje, koupání ve vaně mu činilo velké obtíže. Syn zajistil přestavbu koupelny (sprchový kout, madla).

3.3.5. Spánek – odpočinek

Pacient udává problémy s usínáním, když se v noci probudí kvůli močení. Po nočním probuzení se mu nedaří usnout. Často si jde v noci pustit televizi a usíná v křesle. Spí zhruba 5hodin denně. Ráno se cítí unavený a rozlámaný. Díky tomu usne i během dne, nejčastěji po obědě. Hypnotika neužívá.

3.3.6. Vnímání, citlivost, poznávání

Pacient je orientován časem i místem. Mluví pomaleji, monotónně. Má problém s vyjadřováním. Nemůže si vzpomenout na některá slova. Je nervózní. Chtěl by být zase aktivní, ale nedaří se mu to. Udává nepravidelné brnění probíhající středem dolních končetin. Bolest neudává.

Pan X.Y. je dalekozraký, používá brýle 2,5 dioptrie. V oblasti sluchu, čichu a chuti neudává žádné obtíže. Udává sníženou citlivost dolních končetin a s tím související nejistotu při chůzi. Obtěžuje ho třes horních končetin, stěžuje si na jejich „nešikovnost“.

3.3.7. Sebepojetí a sebeúcta

Vnímání vlastního těla je u pacienta narušeno. Těžce se vyrovnává se svojí situací. Odmítá diagnózu Parkinsonovy choroby. Má pocit nespravedlnosti. „Proč je zase nemocný, proč zase on, vždyť už má diabetes... to už snad stačí“. Cítí se odpovědný za svůj stav, protože v mládí kouřil, pil alkohol. Chtěl by to vzít zpět. Uzavírá se, vadí mu závislost na ostatních členech rodiny. Cítí se omezený. Má pocit studu, před dětmi a manželkou. Cítí se „nemožný“.

3.3.8. Role – vztahy

Pacient žije ve společné domácnosti s manželkou. O svém manželství mluví jako o spokojeném. V současné době se cítí „vykořeněný“. Vadí mu jeho momentálně vyšší stupeň závislosti na manželce a dceři, které se v péči o něj střídají. Radost mu dělají hlavně vnoučata. Rád o nich vypráví. Rodina se zdá stmelená, každý má svou roli.

3.3.9. Reprodukce – sexualita

Pacient žije se svou ženou již 48 let, bez větších konfliktů. Mají dvě děti. Udává snížený zájem o sex. Konkrétněji jsme na toto téma nehovořili.

3.3.10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pan X.Y. dává přednost své rodině, v posledních 8 týdnech je uzavřený, komunikuje minimálně. S diagnózou se odmítá smířit, hledá důkazy k vyvrácení této nemoci. Opakovaně mě upozorňuje, že jeho problémy jsou spojené s Diabetem a odpovídají „pouze“ polyneuropatii. Je zoufalý ze svého současného stavu, nedovede si představit, jak to půjde dál, že bude závislý na pomoci druhých. Je lítostivý. Přes velkou podporu celé své rodiny, se někdy cítí provinile, že jeho dcera netráví více času se svou rodinou, ale péčí o něho samotného.

3.3.11. Víra – životní hodnoty

Pacient není věřící. Na církev má vyhraněný, spíše negativní názor. Jeho hlavními hodnotami v životě jsou jeho rodina, zdraví, dříve i práce, kterou vykonával.

3.3.12. Jiné

Fyziologické funkce:

TT: 36,6°C

TK: 155/100

P: 84´

D: 18´

Dýchání:

Pacient netrpí kašlem, při vertikalizaci je dušný, známky cyanózy ani infekce nejsou přítomny. Bolest na hrudi neudává.

Riziko TEN:

Z důvodu zvýšeného rizika TEN (varixy DK) pacient užívá denně 1 tbl. Anopyrinu 100 mg per os (dle ordinace internisty, viz farmakoterapie). Chodí s doprovodem.

3.4. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dne 15. 12. 2013 v 10: 40h., při návštěvě pacienta v domácím prostředí (2. den akinetické krize). Plán ošetrovatelské péče je stanoven na 3 měsíce s průběžným přehodnocováním.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Deficit tělesných tekutin v souvislosti s poruchou vnímání žízně
2. Deficit soběstačnosti v souvislosti s nedodržením léčebného režimu
3. Deficit soběstačnosti v souvislosti se základním onemocněním, při oblékání, jídle, úpravě zevnějšku, hygieně
4. Zácpa v souvislosti s nedostatečnou aktivitou a nedostatečným přísunem vlákniny
5. Porucha usínání a spánku v souvislosti s poruchou cirkadiálního rytmu
6. Zhoršení psychického stavu v souvislosti se snížením soběstačnosti

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

7. Riziko pádu v souvislosti s poruchou chůze při základním onemocnění
8. Riziko imobilizačního syndromu v důsledku omezení pohybových aktivit pacienta v souvislosti se základním onemocněním
9. Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s imobilizací pacienta

3.4.1. Deficit tělesných tekutin v souvislosti s poruchou vnímání žízně

Ošetrovatelský cíl:

Pacient během 24 hodin vypije nejméně 1,5-2 litry tekutin

Pacient nebude jevit známky dehydratace, jako jsou oschlé sliznice úst a snížený kožní turgor.

Ošetrovatelské intervence:

Sledovat příjem tekutin a vést o něm záznam (pacient ve spolupráci s rodinou)

Aktivně nabízet tekutiny (rodina)

Připomínat pacientovi důležitost příjmu tekutin

Podávat pacientovi každou hodinu alespoň 2 dcl tekutin (rodina)

Zajistit výběr několika druhů tekutin, které pacient preferuje

Sledovat stav sliznic a kůže pacienta

Sledovat barvu a zápach moči

Edukovat rodinu

Realizace:

Domluvili jsme se na pravidelném režimu (kolik čeho a kdy vypije). Pacient má rád přesný plán (je tak zvyklý ze svého zaměstnání), jeho dodržení je pro něj reálnější. Domluvili jsme se, že každou hodinu vypije 200 ml tekutin (černý čaj vymění za ovocný, nebo zelený), pokusí se najít chutnou směs zeleninové šťávy, která mu bude vyhovovat. Vzhledem k diabetu nedoporučuji zvýšenou konzumaci ovocných šťáv). Během oběda přijme také tekutinu ve formě polévky (200ml). Vyšší příjem tekutin během večera nedoporučuji z důvodu

častějšího močení (2-3x) během noci. Domlouváme se na omezení konzumace červeného vína maximálně na 1x týdně 2 dcl, z důvodu polyneuropatie DK a negativnímu vlivu alkoholu na nervová zakončení.

Při návštěvě 18. 12. 2013 kontroluji tabulky s bilancí tekutin, příjem je stále nízký. Dotazuji se pacienta, co mu v rámci pitného režimu činí největší potíže. Udává, že nemá pocit žízně a zapomíná se napít. Doporučuji zvukový signál (hodinky, budík), který dodržení pitného režimu připomene (200ml á 1 hod.). Moč je stále tmavě žluté barvy.

22. 12. 2013 reedukuji pacienta a rodinu o důležitosti navýšení příjmu tekutin. Manželka s dcerou jsou v nabízení tekutin aktivnější, nabízejí tekutiny cca každých 90 minut. Pacient mnohdy odmítá, udává nechut' ke změně pitného režimu, zeleninové šťávy zařadit nechce. Nabízím možnosti vhodných kombinací šťáv a poměry jednotlivých surovin.

Zhodnocení:

18. 12. 2013 dodržování pitného režimu je nedostatečné. Pacient vypije v průměru 1,2 l tekutin. Skladba tekutin je tvořena převážně ovocným čajem a vodou. Konzumace probíhá nárazově (300-400 ml v jedné dávce).

Při kontrole 22. 12. 2013 mi pacient sděluje, že se mu daří vypít průměrně 1,4 l tekutin denně. Stále mu činí potíže zařadit do pitného režimu zeleninové šťávy. Nedaří se mu dodržet vypítí 200 ml tekutin každou hodinu, zapomíná na to.

Kontrola 6. 1. 2014, pacientův příjem tekutin činí v průměru 1,6 l tekutin denně. Dokonce si oblíbil i některé zeleninové šťávy a obohatil tak svůj pitný režim. Stále se mu nedaří vypít 200ml/hodinu. Konzumace červeného vína je 2dcl 3x týdně.

6. 2. 2014 příjem tekutin stoupl na 1,8- 2 l tekutin denně. Manželka udává, že si její manžel každý den vypracoval tabulku na denní příjem tekutin. Pitný

režim není ideální, stává se, že se zapomene napít a pak vypije až 500 ml najednou. Konzumace vína je 2dcl 2x týdně.

6. 3. 2014 pacient dal na mou radu a pitný režim je řízen zvukovým signálem na hodinkách. Daří se mu vypít v průměru 2,2 l tekutin denně. Pravidelně pije zeleninové šťávy (mrkev, řepa, celer). Tabulku na denní příjem tekutin vyplňuje stále. Konzumace vína je 2dcl 2x týdně.

24. 3. 2014 cíl splněn. Pacient pije pravidelně. Tabulku již nevyplňuje, na nastavený režim si zvykl. Zeleninové šťávy se staly součástí pitného režimu. Znamky dehydratace nejsou přítomny, sliznice jsou vlhké, kožní turgor v normě. Došlo i k upravení vyprazdňování (1x za 2 dny). Konzumace vína je 1x týdně 2dcl.

3.4.2. Deficit soběstačnosti v souvislosti s nedodržením léčebného režimu

Ošetřovatelský cíl:

Pacient bude pravidelně užívat svou medikaci

Ošetřovatelské intervence:

Vytvořit přehledný rozpis léků

Vybrat vhodný dávkovač léků

Edukovat rodinné příslušníky o farmakoterapii, a nutnosti dohledu nad užíváním medikace

Realizace:

Pacient byl o důležitosti pravidelného užívání léků včetně všech rizik, které nepravidelné užívání může mít poučen lékařem. Vzhledem k opakovaným dotazům jsem po dohodě s lékařem pacientovi vše znovu vysvětlila. Včetně souvislostí s jeho nynějším zhoršením zdravotního stavu, jako je celková ztuhlost a snížená pohyblivost. Do edukace jsem zahrнула i jeho manželku a dceru, které se v péči o pana X.Y. střídají.

18. 12. 2013 vypracovala jsem přehledný rozpis léků s daty navýšení medikace (u antiparkinsonik) a s vysvětlením, na co který lék užívá. Léky podává a chystá manželka nebo dcera. Kontrolují užití medikace.

22. 12. 2013 dávkovač léků, který pacient používal, jsme vyměnili za přehlednější, s většími komůrkami (pro snadnější manipulaci). Pacientovi jsem dávkovače ukázala na internetu a společně jsme výběr provedli.

Zhodnocení:

Při kontrole 22. 12. 2014 pacient ve spolupráci s rodinou medikaci užívá pravidelně. Dělá mu problémy vyznat se v tabulce a dávkovači. Nemá rád změny. Znovu jsme prodiskutovali účinek jednotlivých léků a jejich dávkování. Pacient je podrážděný, nechce, aby ho manželka kontrolovala.

6. 1. 2014 s dávkovačem léku se pacient naučil pracovat, tabulku s medikací jsem upravila, aby byla pro pana X.Y. přehlednější.

5. 2. - 24. 3. 2014 medikaci užívá pravidelně, zdravotní stav se zlepšil, bez poruchy hybnosti, třes není přítomen. S pomocí manželky a dcery vše zvládl. Manželka mi sdělila, že pro ni tento úkol byl těžký, neboť manžel byl velmi často podrážděný („připadal si jako malý kluk“) kvůli kontrole užívaných léků.

3.4.3. Deficit soběstačnosti v souvislosti se základním onemocněním, při oblékání, jídle, úpravě zevnějšku, hygieně

Ošetrovatelský cíl:

Pacient se bude aktivně podílet na hygienické péči

Pacient se bude schopen sám posadit a obsloužit v lůžku, včetně nácvičku správného vstávání z lůžka

Barthelové test se bude pohybovat v pásmu lehké závislosti (65-95 bodů)

Ošetrovatelské intervence:

Nechat pacienta dělat úkony, které zvládne sám

Nespěchat na plnění úkolů

Pomáhat pacientovi v oblasti úpravy zevnějšku, hygieny, výživy a vyprazdňování

Snažit se podpořit a zvýšit soběstačnost pacienta

Spolupracovat s fyzioterapeutem

Rozpoznat individuální potřeby pacienta

Realizace:

Dle testu ADL- activities of daily living Bartelové je pacient ve středním stupni závislosti (55 bodů, příloha č. 2). Dle testu IADL dosáhl pacient 30 bodů, závislý (viz příloha č. 4). Potřebuje pomoc s jídlem i pitím. Manželka mu jídlo připraví a podá na servírovací stůl, jí v lůžku. Shodli jsme se na používání lžice a brčka namísto příboru a pití z hrnku (do nastoupaní terapeutické hladiny antiparkinsonik). Snížili jsme tím výši stresu s možného potřísnění pacienta. Pacient jí samostatně.

S oblékáním pacientovi pomáhá manželka, jedná se hlavně o nazouvání ponožek, zapínání knoflíků.

Hygiena probíhá na lůžku, manželce jsem ukázala, jak postupovat a kam si položit potřebné pomůcky. Pacienta jsem povzbuzovala, aby se pokusil provést základní hygienu (umýt si obličej, ruce). Cítí se rychle unavený.

Po bytě se pacient momentálně pohybuje pouze pod dohledem rodiny (návštěva toalety). Většinu času tráví v lůžku. Nacvičovali jsme pohyb pacienta v lůžku i mimo něj tak, abychom minimalizovali riziko pádu.

Před zhoršením zdravotního stavu se pacient pravidelně věnoval cvičení. Nyní se cítí slab. Vzhledem k nynějšímu omezení hybnosti doporučil lékař celkovou rehabilitaci v domácím prostředí pod vedením fyzioterapeutky. Pacientovi sděluji kontakt na terapeutku. Rehabilitace s fyzioterapeutkou započala 6. 2. 2014. Pacient cvičil 2x týdně. Absolvoval 10 terapií.

18. 12. 2013 potravu a pití přijímá stále v lůžku, cítí se slab.

Hygiena probíhá na lůžku, provádí ji manželka. Ukazují jí, jak nejlépe s pacientem manipulovat, důraz kladu na pečlivé osušení. Žáda pacientovi promazávám bylinnou masťou, taktéž dolní končetiny.

Trénovali jsme nácvik změny polohy z lehu do sedu, vstát a zpět. Udává točení hlavy, vysvětluji mu, že tyto pocity jsou po delším ležení normální, ať nespěchá. Po bytě se stále pohybuje pod dozorem rodiny (dojde na toaletu, do kuchyně).

22. 12. 2013 zvládne se najíst u stolu v kuchyni, používá hrneček.

Hygienu provádí s pomocí manželky ve sprchovém koutu, občas potřebuje pomoci se vstáváním z koupelnového sedátka, pomáhá mu manželka nebo dcera. Potřebuje pomoci s osušením zad a dolních končetin. Obléká se samostatně i díky úpravám oblečení, které provedla jeho žena.

Po bytě se pohybuje bez pomoci, samostatně.

Dalším omezením je i třes HK a zhoršení písma (je menší a roztřesené). Vysvětluji a procvičuji s pacientem grafomotorická cvičení (Psaní pro Parkinsoniky).

6. 1. 2014 hygienu provádí zcela samostatně v koupelně. Ukazuje mi rozložení pomůcek. Opět udává točení hlavy po vertikalizaci, provádím reedukaci nácviku změny jednotlivých poloh.

Zhodnocení:

V testu ADL dosáhl pacient během 1. týdne (od 15. - 21. 12. 2013) zlepšení (65 bodů). Dle testu IADL (30 bodů). Pacient se bez větších problémů napije, nají a oblékne. Hygienu postupně zvládá samostatně, potřebuje pomoci s pohybem v koupelně. Zvládne samostatně telefonovat a spravovat své finanční záležitosti. Léky mu podává a připravuje manželka s dcerou. Co se týká domácích prací a pohybu mimo domov, neprovede.

22. 12. 2013- 6. 1. 2014 dle ADL 90 bodů, dle IADL 50 bodů, osobní hygienu udržuje samostatně, potřebuje pomoci jen s úpravou nehtů a vousů. Pohyb v prostorách bytu a koupelny mu po rekonstrukci nečiní potíže. Pacient zvládl 1 vycházku (návštěva hřbitova o vánočních svátcích) s doprovodem rodiny, jinak ven nechodí. Problém vidím spíše v psychice (má obavy, aby neupadl, cítí se slabě). Je schopen si sám připravit jednoduché jídlo, zvládá lehčí domácí práce (umýt po sobě nádobí apod.). Pravidelně se věnuje grafomotorickým cvičením.

6. 2. - 24. 3. 2014 95 bodů dle ADL, dle IADL 65 bodů, všední činnosti zvládá samostatně, problémy mu činí jen chůze po schodech. Cíl splněn.

3.4.4. Zácpa v souvislosti s nedostatečnou aktivitou a nedostatečným přísunem vlákniny

Ošetrovatelský cíl:

Pacient se bude vyprazdňovat alespoň 1x za dva dny (konzistence stolice bude měkčí, vyprazdňování nebolestivé)

Ošetrovatelské intervence:

Zjistit frekvenci vyprazdňování stolice (konzistenci, bolestivost při vyprazdňování) v závislosti na stravě, či pohybových aktivitách

Zajistit příjem vlákniny (ovoce, zelenina)

Sledovat příjem tekutin

Mobilizovat pacienta

Zjistit návyky pacienta vedoucí k vyprázdnění

Edukovat pacienta a jeho rodinu o vlivu pitného režimu a výživy s vyšším obsahem vlákniny na vyprazdňování

Realizace:

Vyprazdňování stolice je mnohdy obtížné a probíhá cca 1x za 4 dny. Stolice je tužší konzistence, defekace mnohdy bolestivá. Příčinou je nedostatečné množství tekutin a vlákniny obsažené ve stravě. Zjistila jsem, že pacient jí ovoce o zeleninu sotva 2x týdně. Složení stravy není příliš pestré. Pacientovi jsem vypracovala tabulku jednotlivých potravin, které je vhodné zařadit do jídelníčku (ovoce, zelenina, ovesné vločky, zakysané mléčné výrobky), s ohledem na jejich glykemický index. Společně jsme se domluvili na omezení pití černého čaje a kávy. Poradila jsem pacientovi ráno, nalačno vypít sklenici teplé vody.

Další možností je švestkový kompot, případně namočené švestky ve vodě (přes noc). Navrhla jsem vyzkoušet přípravky obsahující rozpustnou vlákninu (psyllium Dr. Popov). Edukaci ohledně stravovacích návyků a režimu nechal lékař na mě s tím, že ho mám o průběhu a případných problémech informovat.

18. 12. 2013 příjem tekutin je stále nízký, pohybuje se okolo 1,2 l tekutin denně. Defekace je bolestivá (poslední stolice 17. 12. 2013). Vyzkoušel pití sklenice teplé vody nalačno, bez většího efektu. Edukuji manželku o vhodném složení stravy. Zdůrazňuji postupné zavádění „nových“ potravin do jídelníčku. Ukazuji pacientovi i jeho ženě možnosti nové skladby potravin a vaření z nich.

22. 12. 2013 pacient udává bolest při defekaci, navrhuji vyzkoušet laktobacily, jako doplněk stravy k již vysloveným doporučením. Příklad tekutin je stále nedostatečný. Zodpovídám dotazy na skladbu stravy a vysvětluji, jak se dá připravit tradiční jídlo zdravě (použití tuků, úprava zeleniny a luštěnin). S manželkou probíráme jednotlivé recepty.

Zhodnocení:

Při kontrole 22. 12. 2013 mi pacient sděluje, že se mu daří vypít průměrně 1,4 l tekutin denně. Má potíže s dodržáním navrženého pitného režimu (co, kdy a kolik vypít). Zeleninové šťávy do jídelníčku nezařadil.

6. 1. 2014 příjem tekutin se zvýšil na 1,6 l denně, pacient je více mobilní. Jí 5 porcí ovoce a zeleniny denně, sice v malých množstvích, ale dostatečně často. Stolica je měkká, vyprazdňování bolestivé jen zřídka. Do jídelníčku zařadil také zeleninové šťávy a luštěniny.

6. 2. 2014 příjem tekutin činí cca 2 l denně. Vyprazdňování je 1x za 2-3 dny. Každé ráno vypije na lačno sklenici teplé vody, stolice je měkká, defekace nebolestivá. Do jídelníčku zařadil zakysané mléčné výrobky a jogurty.

6. 3. - 24. 3. 2014 příjem tekutin je 2- 2,2l tekutin denně. Pacient je aktivní, denně se věnuje cvičení. Zeleninové šťávy jsou již běžnou součástí jídelníčku.

Defekace probíhá 1x za 2-3 dny. Bolestivost při defekaci je minimální (např. při dietní chybě). Manželka pacienta sděluje, že se její manžel začal řídit připravenou tabulkou na obsah vlákniny v jednotlivých potravinách. Je ráda, že ho to baví, dokonce jí někdy i opravuje při vaření (co je a není vhodné). Cíl považuji za splněný.

3.4.5. Porucha usínání a spánku v souvislosti s poruchou cirkadiálního rytmu

Ošetřovatelský cíl:

Pacient bude spát v noci alespoň 6 hodin

Pacient usne maximálně do 1 hodiny od uložení ke spánku

Dojde k postupné úpravě rytmu bdění a spánku

Ošetřovatelské intervence:

Zjistit návyky a způsob usínání pacienta (kdy chodí spát, kdy vstává, kolikrát za noc se probouzí, kolik hodin přes den spí)

Zajistit klidné a příjemné prostředí ke spánku

Upozornit na nevhodnost pospávání přes den

Zajistit dostatečné množství aktivit během dne

Edukovat pacienta o relaxačních technikách

Sledovat kvalitu usínání a spánku

Realizace:

Od pacienta jsem se dozvěděla, že spí průměrně 5h denně. Spánek není kvalitní, je rušen nočním probouzením z důvodu nucení na močení (2-3x za noc). Ráno se cítí unavený a rozlámaný. Tímto vysvětluje fakt, že přes den na několik hodin usne v křesle u televize. Manželka mi sdělila, že i přes její upozornění si chodí přes den lehnout a zlobí se na ni, že „tomu nerozumí“.

S pacientem jsme se domluvili, že si určí čas ukládání ke spánku. Pacient určil 22. hodinu. Vysvětlila jsem důležitost dodržování pravidelného režimu spánku. A jeho pozitivní vliv na jeho zdravotní stav s ohledem na jeho hybnost a psychiku. Domluvili jsme se na podmínkách zdravého spaní, jako je vyvětraná místnost, lehké pyžamo ze savého materiálu (kvůli pocení). Společně jsme procvičili i relaxační techniky dýchání pro případ, že by nemohl usnout.

18. 12. 2013 obtíže s usínáním a spánkem trvají. Vzhledem ke zhoršené pohyblivosti potřebuje od manželky pomoci s otáčením na lůžku během noci. Manželce ukazují, jak nejlépe a šetrně pacienta v lůžku otáčet. Pana X. Y. edukují, jak ženě co nejvíce pomůže. Společně nacvičujeme jednotlivé možnosti.

Zhodnocení:

22. 12. 2013 vzhledem k omezené pohybové aktivitě během dne má pacient problém s usínáním. Usíná mezi 23-1 hod. ranní. Cítí se unavený, Relaxační techniky nezkusil. Přes den pospává u sledování televize.

6. 1. 2014 aktivita pacienta se značně zvýšila v souvislosti s odezněním poruchy hybnosti. Snaží se číst a luštit křížovky. Během týdne se mu 3x podařilo usnout ve stanovenou dobu. Jako možnou příčinu obtížného usínání uvádí stres z velkého množství informací. Problémem zůstává časté močení během noci (2-3x).

6. 2. 2014 domluvený režim dne se pacientovi nedaří zcela dodržet, pospávání v denních hodinách se nepodařilo zcela odbourat, ale je méně časté (2-3x týdně).

6.3. - 24. 3. 2014 pacient udává zlepšení kvality spánky, spí 6 hodin denně, spánek bývá občas přerušen nucením na močení. Aby nemusel vstávat, má u lůžka močovou lahev. Manželka udává, že když se mu nedařilo usnout, zkoušel relaxační dechové cvičení. Ze solidarity se k němu přidala. Pacient toho kladně hodnotí, po dlouhé době má pocit, že má své ženě opět co nabídnout (něco, co ona nevěděla). Splnění cíle hodnotím kladně.

3.4.6. Zhoršení psychického stavu v souvislosti se snížením soběstačnosti

Ošetřovatelský cíl:

Pacient se naučí o svých obtížích a potřebách komunikovat

Pacient bude udávat zmírnění pocitu úzkosti a strachu

Ošetřovatelské intervence:

Komunikovat s pacientem otevřeně a srozumitelně

Pokusit se zjistit, co pacienta trápí a z čeho má strach

Zjistit úroveň otevřenosti komunikace rodiny pacienta (jejich vzhled do problematiky pacienta)

Naučit pacienta používat relaxační techniky (cvičení, dýchání, malování)

Informovat pacienta i rodinu o možnostech psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná).

Realizace:

Během rozhovoru s pacientem a jeho rodinou si všímám jeho negativismu a změny nálady. I rodina pacienta udává jeho větší podrážděnost, uzavírání se do sebe, lítostivost. S dovolením pacienta hovořím také s jeho ženou a dcerou o délce trvání tohoto stavu. Shodují se, že tato změna trvá cca 3 týdny. Obává se následků svého onemocnění. Snaží se tuto skutečnost vytěsnit. Pokoušíme se o celé situaci hovořit a najít společnou řeč. Sděluje mi, že má strach co s ním do budoucna bude. Podávám mu podrobné informace o PN (vše mu již bylo vysvětleno lékařem). Vysvětluji mu důležitost komunikace s ostatními členy rodiny. Mluvíme i o možnostech psychoterapie. Cítí se unavený. Nabízím i možnost návštěvy Centra pro Parkinsoniky, neboť je někdy snazší vidět a hovořit s lidmi, kteří jsou stíženi stejnými problémy. Podávám pacientovi informace o možné léčbě pomocí antidepresiv.

18. 12. 2013 řešení těchto obtíží samozřejmě není možné vyřešit během 3 dnů. Pacientovi opět společně s lékařem vysvětlujeme prognózu onemocnění, možnosti terapie, důraz klademe na fyzioterapii. Zdá se, že pacient problematice svého onemocnění příliš nerozumí, mnoho informací v danou chvíli. Navrhuji, aby si zapisoval otázky, na které dnes zapomněl.

Zhodnocení:

Řešení tohoto problému je velmi složité. Z počátku se panu X. Y. nechce moc komunikovat ani s lékařem ani se mnou. Je mu nepříjemné, že jsme přišli, zlobí se na manželku, že nás zavolala. Po neurologickém vyšetření a vysvětlení příčiny zhoršení hybnosti a ztuhlosti svalů mi pacient vysvětluje, proč vysadil léky. Sděluje mi, že se stydí za to co, způsobil sobě i rodině. Domlouváme se na možnostech, jak zkvalitnit komunikaci mezi ním a rodinou.

22. 12. 2013 pacient působí vyrovnaněji. Přesto udává změny nálad. Má pocit, že mu rodina nerozumí a že svou rodinu zatěžuje.

6. 1. – 24. 3. 2014 pacient se cítí lépe, udává, že už se tolik nestydí požádat o pomoc. Manželka s dcerou udávají zlepšení z hlediska komunikace. Dcera zajistila tatínkovi psychoterapeutku, která se zabývá arteterapií. Těsné spojení arteterapie s psychoterapií vnímáme především jako způsob komunikace. Pacient udává, že zpočátku neměl zájem, ale vzhledem k tomu, že tato metoda využívá výtvarného projevu pacienta k diagnostice psychických obtíží, a nemusí tudíž komunikovat jen verbálně, tak si tuto činnost oblíbil. Sděluje mi, že se na setkání s terapeutkou dokonce těší. Setkání probíhají 1x za 14 dní (první setkání proběhlo 9. 1. 2014). Ukazuje mi obrázky, které namaloval. Ke své „diagnóze“ přistupuje otevřeněji a optimističtěji. Cíl považuji za splněný.

3.4.7. Riziko pádu v souvislosti s poruchou chůze při základním onemocnění

Ošetřovatelský cíl:

Bude minimalizováno riziko pádu a zranění pacienta

Ošetřovatelské intervence:

Upravit prostředí tak, aby bylo riziko pádu co nejnižší

Odstranit potenciálně nebezpečné předměty

Zajistit pacientovi vhodnou obuv

Dohlédnout, aby pacient měl kompenzované smyslové poruchy (brýle)

Nacvičovat s pacientem změny jednotlivých poloh (z lehu do sedu, ze sedu do stoje).

Realizace:

Pan X.Y. vykazuje vysoké riziko pádu (dle Conleyové), v testu získal 15 bodů (viz příloha č. 3). Pacient uvádí zhoršení chůze v souvislosti s porušením léčebného režimu (neužíval antiparkinsonika). V současnosti tráví většinu času v lůžku (akinetická krize).

18. 12. 2013 cítí se sláb, po bytě se pohybuje s doprovodem. Vzhledem k pacientově anamnéze, kdy uvádí, že mívá pocit točení hlavy po vertikalizaci a tím i nejistotu v pohybu, mu ukazují a následně spolu nacvičujeme možnosti, jak jít z lehu do sedu a stoje.

22. 12. 2013 důraz kladu hlavně na pravidla pro bezpečný pohyb a oblékání. Probíráme společně s manželkou modelové situace možností úrazu. Vysvětluji, jak je důležitá správná velikost oblečení (košile ani kalhoty nesmí být příliš široké, aby volným oděvem nezavadil např. o nábytek). S tím souvisí i výběr kvalitní domácí obuvi (pacient má přezůvky s protiskluzovou podrážkou, zapínají se na suchý zip). Venkovní obuv splňuje stejné parametry. Pacient je o vhodném obouvání poučen již z ambulance diabetologie. Prodejnu zdravého obouvání navštěvuje společně s manželkou.

6.1. - 6. 2. 2014 byt již prošel částečnou rekonstrukcí (díky synovi), v koupelně je sprchový kout se sedátkem a madly, taktéž toaleta je vybavena madly. Na podlaze je položeno protiskluzové lino, prahy odstraněny. S pacientem a rodinou prověřujeme potencionálně riziková místa. Odstranili jsme nábytek, který vadil při průchodu do jednotlivých místností.

Zhodnocení:

22. 12. 2013 pacient zvládl nácvik opuštění lůžka a vertikalizaci. Osvožil si pravidla bezpečného pohybu a změny poloh. Cítí se jistěji. Pokud se mu zatočí hlava, nepanikaří a je schopen situaci bez pádu či poranění zvládnout.

6. 1. 2014 pacient je schopen se v domácnosti pohybovat bez pomoci i bez kompenzačních pomůcek. Ven si zatím moc netroufá, během vánočních svátků pacient zvládl jednu krátkou procházku (návštěva hřbitova) s doprovodem rodiny.

13. 1. -20. 1. 2014 s doprovodem manželky se snaží chodit na pravidelné vycházky (3x v týdnu- v závislosti na počasí).

21. 1. – 24. 3. 2014 pacient je stabilizován, v bytě i venku se pohybuje víceméně suverénně. Bezpečnostní pravidla minimalizující riziko pádu si osvojil. Nedošlo k pádu pacienta.

3.4.8. Riziko imobilizačního syndromu v důsledku omezení pohybových aktivit pacienta v souvislosti se základním onemocněním

Ošetřovatelský cíl:

Pacient nebude vykazovat známky imobilizačního syndromu

Ošetřovatelské intervence:

Měnit polohu pacienta, aby se ulevilo tlaku na riziková místa

Kontrolovat stav pokožky nad kostními výčnělky

Udržovat pokožku v suchu, omytá místa pečlivě osušit, pokožku promastit, riziková místa promasírovat

Sledovat stav výživy, příjem tekutin

Sledovat vyprazdňování moči a stolice

Sledovat dýchání

Motivovat pacienta k rehabilitaci

Edukovat pacienta a jeho rodinu o speciálních cvičích pro parkinsoniky (hrubá i jemná motorika- cvičení s míčky, procvičování psaní)

Informovat pacienta o důležitosti zvolení správné doby na cvičení (v době nejlepší hybnosti)

Realizace:

Pro náhlé zhoršení hybnosti (rigidita, ztuhlost svalů) má pacient problém pohybovat se v lůžku, v noci potřebuje pomoci se změnou polohy.

18. 12. 2013 ukazují manželce, jak s pacientem co nejšetrněji v lůžku manipulovat. Manipulace procvičujeme, pacient poučen, jak otáčení manželce ulehčit. Masíruji pacientovi lýtka a DK. Cvičím s pacientem na lůžku (proškolená fyzioterapeutkou), pacient krouží chodidly, střídavě natahujeme a pokrčujeme DK. Provádím také dechová cvičení. Jednotlivé cviky ukazují manželce a dceři. Zkouší masáže a cvičení samy. Doporučuji užití kompresních punčoch. Pokožka nejeví známky porušení kožního krytu, záda jsou lehce zarudlá, provádím tedy masáž, pro lepší prokrvení. Pacient pocítuje úlevu.

Příjem stravy pacient omezil, „nemá na nic chuť“, domlouváme se na zařazení sippingu (Diasip) do stravy, aby nedošlo k malnutrici.

Vyprazdňování stolice je problematické, pacient trpí zácpou. Domluvili jsme se na zvýšení příjmu tekutin alespoň na 1,7-2,1 l denně a navýšení příjmu vlákniny a zakysaných mléčných výrobků.

Při změně polohy (posazování, vstávání) se u pacienta objevuje vertigo, trénujeme jednotlivé změny poloh. Při změně polohy se pacient zadýchává, poslechový nález je bez známek zánětu.

Pacient udává, pokles zájmu o cvičení (dříve cvičil pravidelně sestavu cvičení pro parkinsoniky a sestavu s míčky). Cítí se unavený, progresse stavu a snížení hybnosti je spojeno porušením léčebného režimu a vynecháním

jednotlivých dávek antiparkinsonik. Pacient si své pochybení uvědomuje a slíbil, že medikaci bude užívat pravidelně.

22. 12. 2013 dalším problémem je třes horních končetin a zhoršení písma. Vysvětluji pacientovi postup při grafomotorických cvičeních („Psaní pro parkinsoniky“). Vzhledem ke zhoršení pohybu doporučil lékař celkovou rehabilitaci pod vedením fyzioterapeutky, v domácím prostředí. Sdělují pacientovi kontakt na fyzioterapeutku. Pro usnadnění rehabilitace, doporučuji pacientovi také cvičit dle speciálních internetových stránek pro nemocné Parkinsonovou nemocí (25). Jednotlivé cviky jsou zde prováděny pomocí animace s audio záznamem.

6. 1. 2014 pacient začal rehabilitovat aktivně, masáže zad a DK provádí manželka, pacient si je oblíbil, pomáhají mu se „nastartovat“. Pravidelně provádí grafomotorická cvičení.

6. 2. – 8. 3. 2014 aktivní rehabilitace v domácím prostředí pod vedením fyzioterapeutky. Pacient zná jednotlivé cviky a umí je provést.

Kineziologický rozbor (6. 2. 2014 10h.) dle fyzioterapeuta, cituji:

Pacient s Morbus Parkinson- došlo ke zhoršení onemocnění, neboť nedodržel léčebný režim. Pacient nebyl hospitalizován, ošetrovatelská péče probíhá od 15. 12. 2013 v domácím prostředí. Stp. akinetické krizi (rigidita). Po úpravě medikace zlepšen. Stoj ve flekčním postavení trupu a KH, protrakce ramen, předsunutí hlavy s mírnou flexí v Cp. Obličej maskovitý. Akcentovaná křivka Thp, oploštělá L lordosa. Při chůzi vázne extenze v kyčelních kloubech, chůze šouravá, bez souhybu HK v ramenních kloubech s mírným třesem aker. Chůze bez kompenzačních pomůcek.

Cíl RHB: zlepšení sebeobsluhy, rozsahu pohybů a svalové síly.

Zhodnocení:

22. 12. 2013 pacient se začal věnovat rehabilitaci dle internetových stránek, které jsem mu doporučila. Kompresní punčochy už nenosí. Po bytě se pohybuje

bez pomoci, na vycházku se zatím necítí. Pokožka je sušší, bez zarudnutí. Manželka provádí každý den masáž zad a DK. Problematické vyprazdňování stolice trvá. Trpí nechutenstvím. Předchozí týden užíval 1x denně doplněk výživy Diasip.

6. 1. 2014 pacient netrpí nechutenstvím, jídelníček obohatil o ovoce, zeleninu, luštěniny a zakysané mléčné výrobky. Příjem tekutin se pohybuje kolem 1,6 l tekutin denně. Potíže s obstipací jsou na ústupu. Kožní kryt je celistvý, bez známek zarudnutí.

6. 2. - 24. 3. 2014 u pacienta nedošlo k rozvoji imobilizačního syndromu. Pan X.Y. rehabilitoval pod vedením fyzioterapeutky v domácím prostředí (2x týdně), jeho stav se zlepšuje. Medikaci užívá pravidelně dle ordinace lékaře. Naučil se nové cviky. Cvičí 10 minut denně. Grafomotorická cvičení provádí 2x týdně. Pacient jednotlivé cviky zná a umí je provést. Cíl hodnotím jako splněný.

3.4.9. Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s imobilizací pacienta

Ošetrovatelský cíl:

Veškerá poškození kožního krytu budou včas odhalena

Ošetrovatelské intervence:

Sledovat pravidelně stav pokožky

Zajistit dostatečnou hygienu a péči o pokožku pacienta

Po koupeli pokožku promazat ochranným krémem

Zajistit vhodné oblečení

Zajistit dostatečnou výživu a hydrataci

Sledovat barvu, množství, zápach moči i stolice

Realizace:

Při hygieně si všímám, že pokožka pacienta je sušší. V oblasti zad, levé kyčle a kolen lehce zarudlá. Kožní kryt porušen není. (viz příloha č. 2). Opatrně promazávám a masíruiji záda a dolní končetiny. Vysvětluji pacientovi i rodině důležitost změny polohy (cca každé 2 hodiny). Otázky výživy, hydratace a vyprazdňování jsme konzultovali již při diagnóze rizika vzniku imobilizačního syndromu. Pacient je edukován, rizikům rozumí.

18. 12. 2013 manželka provádí hygienickou péči na lůžku podle mých instrukcí. Je edukována o nutnosti kontroly rizikových míst, pokožku pečlivě suší a promazává.

22. 12. 2013 hygienická péče probíhá s pomocí manželky ve sprchovém koutu, nejsou známky dekubitů.

Zhodnocení:

18. 12. 2013 hygienickou péči zvládá manželka po zaučení velmi profesionálně, pokožka nejeví známky vzniku dekubitů.

22. 12. 2013 pacient se pohybuje po bytě, věnuje se rehabilitaci dle internetových stránek. Hygienická péče probíhá 2- 3x týdně ve sprchovém koutu.

6. 1. 2014 pacient se bez pomoci pohybuje v domácnosti, podařilo se zvýšit příjem tekutin, hygienickou péči provádí sám, stejně tak hydrataci pokožky.

6. 2. – 24. 3. 2014 pacient je aktivní, bez známek dekubitů.

3.5. Psychosociální zhodnocení a prognóza

V současné době je pacient léčen léky ze skupiny agonistů dopaminu. Snahou je oddálit nasazení léků L-DOPA a tím snížit riziko možných nežádoucích účinků. Současné zhoršení zdravotního stavu přisuzujeme nedodržování léčebného režimu. Očekáváme tedy stabilizaci vývoje onemocnění při jeho dodržování. Po nasazení L-DOPY se dá očekávat zhoršení hybnosti pacienta. Komplikace obvykle přicházejí do 5 let od nasazení. Velmi záleží na postoji samotného pacienta a jeho psychickém ladění. Rozhodující vliv na vývoj nemoci má především pravidelná rehabilitace. Podpora rodiny je neodmyslitelná.

S panem X.Y. jsem se poprvé setkala v 9/2012, kdy poprvé navštívil naši ordinaci. Důvodem návštěvy byly zhoršující se potíže (bradykineze a třes HK). Pacient od roku 2006 navštěvoval jinou odbornou ordinaci, kde nebyl s dosavadní léčbou a vývojem obtíží spokojen. Diagnóza PN byla určena až v naší ambulanci. Domníváme se, že příznaky tohoto onemocnění byly „maskovány“ diabetickou polyneuropatií a z tohoto důvodu zřejmě došlo k progresi onemocnění. Po stanovení diagnózy byl pacient pečlivě informován o povaze onemocnění, medikaci a léčebném režimu. Pacient docházel na pravidelné kontroly v rozmezí 6-12 týdnů, podle aktuálního stavu.

Z důvodu celkového zhoršení zdravotního stavu (12/2013), proběhla původně plánovaná kontrola v místě bydliště pacienta a ne v naší ambulanci. Den této kontroly jsem zvolila ke zhodnocení stavu nemocného ve své bakalářské práci.

Po rozhovoru s pacientem a jeho rodinou jsem zjistila, že pacient občas nedodrží stanovenou medikaci. Někdy proto, že si nevzpomene, někdy proto, že přeci tyto léky nepotřebuje (on má „jen“ diabetes). Opakovaně jsme společně řešili možnou příčinu jeho onemocnění a možnost špatného stanovení diagnózy.

Reakcí na dané skutečnosti bylo zpočátku odmítání a vytěsňování diagnózy PN jako příčiny jeho obtíží. Dále následovala fáze spojená s výčitkami svědomí, že kouřil a pil pravidelně alkohol.

V současné době došlo u pacienta k posunu ve vnímání svého stavu. Snaží se novou situaci přijmout a vyrovnat se s ní. Je pro něj velmi těžké vyrovnat se s omezenou hybností a částečnou nesamostatností v některých činnostech sebezpečí. Nebyl zvyklý na pomoc ostatních. Vždy si velmi zakládal na tom, že spoléhá sám na sebe.

Tato nová situace však nepřináší potíže jen pacientovi, ale také jeho rodině. Většinu času se o pana X.Y. stará jeho žena, která se v péči střídá se svou dcerou. Dcera pacienta začala od 6/2013 pracovat na zkrácený úvazek. Což značně finančně i společensky limituje její vlastní rodinu. Její manžel a děti si často stěžují, že s nimi netráví téměř žádný volný čas a jejich finanční stránka není zcela dobrá. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby rodina byla informována o možnostech čerpání příspěvku na péči a dalších doplňkových sociálních službách.

Dalším problémem je komunikace. Pacient sděluje své obtíže a trápení své rodině jen obtížně a pro ně často nepochopitelně. V rodině mnohdy dochází k napětí. Možností se jeví edukace pacienta i jeho rodiny o možném vývoji a komplikacích PN a možnostech jak tyto situace efektivně řešit.

3.5.1. Kontakt a komunikace s rodinou

Nedílnou součástí úspěšné léčby je komunikace s rodinou pacienta. Rodina pacienta musí být plně informována o nastaveném léčebném režimu, aby mohla dbát na jeho dodržování pacientem. Pacienta dostatečně motivuje a podporuje. Poznatky pečujících jsou velmi cenné, neboť díky nim můžeme lépe nastavit terapeutický režim. Všimají si změn, které jsou při běžných kontrolách snadno přehlédnutelné.

3.6. Sociální problematika

Vzhledem k povaze onemocnění je důležité, aby byl pacient i jeho rodina informováni o možnostech čerpání příspěvku na péči. V 1/2012 došlo ke změnám, které značně jeho čerpání rodinám takto nemocných pacientů znemožňuje. Přestože změny měly být v zájmu pacientů, mnoho z nich na něj „nedosáhne“.

Posudkoví lékaři posuzují 10 oblastí každodenního života: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Posuzování je bohužel značně striktní a pacienti, kteří nesplňují daný rámec (tzn. „nevejdu se do přesné škatulky“), jsou se svou žádostí ve velké většině odmítnuti.

Posuzování zdravotního stavu provádí sociální pracovníce Úřadu práce v místě pacientova bydliště. Zkoumá, do jaké míry je pacient soběstačný, bohužel bez hlubších poznatků o povaze onemocnění. Zdravotní stav pacienta posuzuje Lékařská posudková služba na základě žádosti příslušného Úřadu práce. Posudkový lékař pacienta mnohdy ani osobně nevidí, čerpá pouze s dodaných lékařských zpráv, které mohou být chybně interpretovány.

Bližší informace o možnosti čerpání příspěvku na péči poskytuje příslušný Úřad práce ČR, informace jsou dostupné na portálu MPSV (22).

3.6.1. Kompenzační pomůcky (KP)

Se změnou zdravotního stavu souvisí i možnost využití zdravotních pomůcek, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění (plně, nebo se spoluúčastí pacienta). Neurolog může podle svého uvážení předepsat žádost o schválení pomůcky. Schválení probíhá ve spolupráci s revizním lékařem příslušné zdravotní

pojišťovny. Samotné schválení může trvat i několik týdnů, pro urychlení řízení je vhodné žádost o schválení pomůcky odnést na pobočku pojišťovny osobně. Další možností je také zapůjčení kompenzačních pomůcek v rámci sociálních služeb.

3.7. Edukace

Edukací rozumíme výchovu pacienta k odpovědné péči o své zdraví. Slouží ke zlepšení spolupráce pacienta a týmu, který o něj pečuje. Pacient se tak od sestry učí novým poznatkům, které mu slouží k lepšímu pochopení svých obtíží a umožňují jejich řešení. Jedná se o silnou interakci a hledání společné cesty.

Role sestry v tomto procesu je nezastupitelná. Neboť je to ona, která tráví s pacientem nejvíce času, zná jeho stesky a obtíže. Díky její empatii a schopnostem se otevírá větší prostor pro otevřenou komunikaci a spolupráci s pacientem a jeho rodinou.

Péče o pacienta s PN je velmi specifická, důraz je kladen především na:

- ***Podporu soběstačnosti pacienta***, pomáhat mu, pouze pokud není schopen daný výkon sám provést.
- ***Nespěchat***, dát pacientovi dostatečný čas, který k provedení činnosti potřebuje.
- ***Přizpůsobení denního režimu jeho možnostem***
- ***Nevzdávat se společenských aktivit***, neizolovat se, najít způsob, jak umožnit pacientovi např. návštěvu společenských akcí, zapojit se do klubových aktivit společnosti Parkinson, účastnit se rekondičních a lázeňských pobytů, navazovat nové kontakty.
- ***Motivovat pacienta k pohybovým aktivitám***, pravidelné rehabilitaci.
- ***Empatie*** k pacientovým obtížím, vyvarovat se nadměrného soucitu.
- ***Respekt*** k pacientovým potřebám a přáním

3.7.1. Režimová opatření a doporučení

Oblečení a oblékání

Velkým problémem je pro nemocné zvláště zapínání knoflíků. Proto je vhodné např. do košil našít suché zipy. Na jezdec zipu navléknout tkanici, či kroužek pro snadnější manipulaci. Nejvhodnější oblečení je z lehkých, savých a přírodních materiálů. Nebezpečné je příliš volné, plandavé oblečení, kterým se pacient může o něco zachytit. Obuv by měla mít protiskluzovou podrážku, pevnou patu a zapínání spíše na suchý zip. Oblékat se, je vhodné v dobré fázi hybnosti.

Osobní hygiena

Pacienti s PN musí počítat s tím, že i základní hygienická péče trvá delší dobu z důvodu omezené hybnosti. Problematická bývá zejména hygiena dutiny ústní a použití zubního kartáčku. Z tohoto důvodu je pro pacienty snadnější používat elektrický zubní kartáček, stejně jako elektrický holicí strojek k úpravě vousů. Celkovou hygienu je dobré provádět ve sprše. Také hygienu je vhodné provádět ve fázi dobré hybnosti.

Spánek

Pacienti s PN mají obvykle problém s usínáním, častá je také nespavost a brzké probouzení. Obecně je vhodné nespávat během dne a dodržovat pravidla spánkové hygieny (omezení pití černého čaje a kávy ve večerních hodinách, poslední strava cca 3h. před spaním, relaxační techniky, pravidelný režim vstávání a ukládání ke spánku, větraná místnost, klidné prostředí). Snížená hybnost způsobuje pacientům velké obtíže hlavně při přetáčení v lůžku. Z tohoto důvodu je pro pacienta vhodnější pevná matrace a lehká savá přikrývka. Dalším problémem může být i vstávání z lůžka a následné postavení. Je vhodné opřít se

o pevný kus nábytku. Ranní medikaci by měl pacient užít ještě na lůžku a vyčkat, než nastoupí jejich účinek.

Stravování

Pro pacienty je vhodné jíst alespoň 5x denně malé porce. Vzhledem k obtížím s vyprazdňováním (zácpa) je vhodná strava s vysokým obsahem vlákniny (luštěniny, ovoce, zelenina, ovesné vločky). V případě zácpy je velmi důležitý dostatečný příjem tekutin (1,5-2l denně), může pomoci i švestkový kompot, či vypití sklenice teplé vody nalačno. Pokud nemocný užívá léky obsahující levodopu, je vhodné při užití léku omezit příjem bílkovin, jinak dochází ke špatnému vstřebávání léku. Někteří pacienti mohou mít potíže s polykáním. Je vhodné kašovitě jídlo, nebo hustší polévky. Při třesu HK je vhodné používat k jídlu vidličku, k pití brčko, nebo uzavíratelný hrneček.

Vzhledem k tomu, že pacienti často opomínají kdy užít medikaci, je dobré připravit jednotlivé dávky do předem připraveného dávkovače léků. Vhodný je též zvukový signál (budík).

Pacient s PN by u sebe měl vždy nosit seznam léků, které užívá včetně dávkování a názvu nemoci. Je to důležité hlavně při akutních stavech, aby byla dodržena správná dávka a hladina antiparkinsonik, jako prevence hybných komplikací PN.

Prostředí bytu

Vhodné je bezbariérové uspořádání bytu, jako jsou protiskluzové podlahy (bez koberců), odstranění prahů a předmětů, které lze převrhnout, nebo shodit. K bezpečnému pohybu po bytě přispívají i vhodně umístěná madla (v chodbě, na schodech, v koupelně, na WC) a sedátko ve sprše. Dveře koupelny a toalety by se měly otevírat směrem ven, pokud by nemocný zkolaboval, zablokuje svým tělem jejich otevření.

Častým problémem je tzn. *freezing*, neboli zamrznutí uprostřed prováděného pohybu, řešením je provedení pohybu, který tomuto stavu předchází.

Rehabilitace a pohyb

Nedílnou součástí léčby PN je rehabilitace a pohyb. Ten udržuje pacienta v dobré fyzické i psychické kondici. Důraz je kladen především na pravidelné každodenní cvičení. Důležitá je motivace nemocného.

Sexuální život

Asi 1/3 pacientů s PN trpí poruchou erekce. Svou roli zde hraje také stres a snížená pohyblivost. Velmi záleží na otevřenosti a vzájemném pochopení obou partnerů.

Depresivní a úzkostná porucha

Téměř 50% pacientů prodělá v průběhu svého onemocnění depresi, jejímž hlavním projevem je smutek, apatie, plačtivost, výkyvy nálad, poruchy spánku apod. Při běžné kontrole se pacient o těchto obtížích často nezmní a na tento fakt musí upozornit rodinní příslušníci. Vhodná je kombinace antidepresiv a psychoterapie.

Návštěva lékaře

Pokud jde pacient na vyšetření k lékaři, který ho nezná, je vhodné:

- přinést podrobnou dokumentaci o svém stavu
- připravit si anamnézu (kdy a jak probíhala jednotlivá onemocnění)
- připravit seznam a dávkování jednotlivých léků

- napsat si otázky, na které se chce lékaře zeptat

Hospitalizace, lékařské zákroky, operace

Při přijetí do zdravotnického zařízení je třeba:

- přinést podrobnou zprávu od neurologa (odevzdá ji při příjmu)
- přinést dostatečné množství léků připravené z domova
- upozornit na povahu svého onemocnění
- informovat se o možnostech místní a svodné anestezie namísto celkové
- zdůraznit rizikosti léků: adrenalin, neuroleptika, halotan (pac. má připravený seznam kontraindikovaných léků)
- upozornit na co nejkratší interval ve vysazení L-DOPY (24).

Současně s pacientem musí být edukována také jeho rodina a pečující osoby.

Edukace probíhala postupně během našich kontrolních setkání. Zpočátku 1x týdně (od 15. 12. 2013- 6. 1.2014), poté 1x měsíčně (do 24. 3.2014). Dovednosti pacienta a rodiny jsem si ověřovala kontrolními dotazy. Vzhledem k velkému množství informací jsme museli postupovat pomalu a k jednotlivým otázkám se opět vracet. Pacient rozumí svému onemocnění i režimovým opatřením. V případě potřeby má možnost mě kontaktovat a domluvit si reedukační schůzku.

Součástí edukace je také obeznámení pacienta a jeho rodiny o možnostech lázeňské léčby a rekondičních pobytů. Absolvování těchto léčebných procedur má pozitivní vliv jak na pacienta, tak na jeho blízké. Kromě toho, že je tu bohatý rehabilitační program, poskytuje pacientovi možnost setkat se s novými lidmi a nebýt jen ve středu své rodiny. Rodina během lázeňské léčby může zase načerpat sil do dalších období. Výjimkou nejsou ani pobyty rodinných příslušníků společně s pacientem, jako doprovod.

Pacienti se také mohou zapojit do činnosti Společnosti Parkinson, která se snaží pacienty a jejich rodiny podporovat na jejich cestě. V případě potřeby tu mají možnost konzultovat svůj zdravotní stav s lékařem a podělit se o svoje zkušenosti s ostatními nemocnými. Vědomí, že se mají kam obrátit a popřípadě požádat o pomoc je i pro pečující úlevou.

Lázeňská léčba

Komplexní lázeňskou léčbu lze pacientovi poskytnout na základě doporučení neurologa. Tato léčba je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Úkolem neurologa je poskytnout kompletní informace o zdravotním stavu pacienta praktickému lékaři s doporučením o vhodnosti lázeňské léčby. Na základě tohoto doporučení sepiše praktický lékař návrh na lázně. Tento pobyt se musí uskutečnit do 3 měsíců od jeho sepsání. Komplexní lázeňskou péči může pacient absolvovat pouze jednou. Lázeňský pobyt lze absolvovat opakovaně formou příspěvkových lázní. Kdy léčba pacienta je hrazena ze zdravotního pojištění a stravu s ubytováním hradí pacient.

Pacient sám rozhoduje, zda lázeňský pobyt absolvuje. Největší efekt má lázeňská péče především v počátcích onemocnění, kdy pacient není postižen komplikacemi choroby a jeho stupeň soběstačnosti je na dobré úrovni. V pozdějších stádiích nemoci, kdy je soběstačnost silně narušena, nebo trpí-li pacient psychickými poruchami je poskytnutí lázeňské léčby kontraindikováno.

Jednotlivé procedury lázeňského pobytu jsou plánovány v den přijetí lázeňským lékařem po podrobné prohlídce a zhodnocení aktuálního stavu. Plánování procedur není u každého pacienta stejné, je individuální. Většinou se jedná o skupinové nebo individuální cvičení, včetně vodoléčby a dalších technik zaměřených na snížení ztuhlosti a svalového napětí, zlepšení hybnosti a úlevě od bolestí.

Nejvíce efektivní je každodenní rehabilitace, plavání a cvičení v bazénu. Hojně je také využíváno balneoterapie, koupelí, tepelných masáží, prohřívání tkání pomocí soluxu či aplikace parafínu. Velký vliv má lázeňská léčba i na psychický stav pacienta. Změna prostředí, setkávání s novými lidmi a přístupy slouží k podpoře a udržení dobrého zdravotního stavu. Lázeňská léčba probíhá zhruba 21 dní, dle schválení zdravotní pojišťovny. Oblíbené jsou například Lázně Třeboň, Jánské Lázně, Mariánské lázně apod.

Rekondiční pobyty

Rekondiční pobyty pro pacienty s Parkinsonovou chorobou jsou organizovány Společností Parkinson. Tyto pobyty trvají většinou 1 týden a probíhají ve vybraných zařízeních penzionového typu. Vzhledem k délce pobytu jsou pro pacienty mnohdy finančně dostupnější než lázeňská léčba. Je-li to potřeba, mohou se pobytu účastnit i rodinní příslušníci. Podmínkou je dodržování léčebných procedur a režimu.

Rekondiční pobyty mají velký význam z hlediska reedukace, znovuoobnovení pravidelného cvičení, navázání nových vztahů a výměnu informací a zkušeností.

Společnost Parkinson

Společnost Parkinson je občanským sdružením, které zaměřuje svoji pomoc a podporu pacientům s PN a jejich rodinám. Ve větších městech má své kluby, které jsou vedeny samotnými nemocnými. Činností jednotlivých klubů je především organizování cvičení, logopedické pomoci, ergoterapie, psychické podpory pacientů a rodin, organizování výletů, odborných přednášek a společenských akcí. Společnost vydává vlastní časopis s názvem Parkinson. K dispozici jsou členům internetové stránky, fórum a chat s on-line poradnou. Součástí je i denní stacionář sídlící na Praze 4 (23).

Kontaktní údaje:

Společnost Parkinson a. s.

Volyňská 20

Praha 10

100 00

ZÁVĚR

V této práci jsem se zabývala zpracováním ošetrovatelského procesu u pacienta s Parkinsonovou chorobou. Díky zpracování této práce jsem pochopila širší souvislosti týkající se vzniku nemoci, patofyziologii, léčbě a mechanismu účinku jednotlivých antiparkinsonik.

Poznala jsem i to, jak nemoc jednoho člena rodiny ovlivní životy ostatních článků v tomto pomyslném řetězci. Jak je těžké se s nemocí „poprat“ ať už jako pacient, nebo pečující. Jak musíte neustále hledat cestu k pacientovi a jeho blízkým. Jak to, co fungovalo včera, dnes neplatí.

Toto onemocnění je pro kvalitu života pacienta a jeho rodiny velmi limitující. Převážná část péče o takto nemocného závisí jen na jeho rodině. Stres všech zúčastněných hraje velkou roli v jejich životě. Je třeba obrovské pokory a trpělivosti. Uvědomila jsem si, že pomoc a podporu nepotřebuje jen pacient, ale všichni, kdo o něj pečují. Jak je pro ně těžké neustále dodávat optimismus a podporu. Jak se sami potřebují „nabít“, aby měli sílu pokračovat.

Také jsem zjistila, že i odběr anamnézy může být složitější, než si člověk původně myslí. Kolik času a úsilí musíme vyvinout, abychom z obecných poznatků připravili ryze individuální plán, který bude mít šanci na úspěch.

Musím říci, že si velmi vážím odhodlání pana X.Y.,toho jak se snažil spolupracovat a jak jsme společně s jeho rodinou procházeli různými úskalími. Děkuji za humor, který nám pomáhal nést obtíže s nadhledem.

„I ve tmě jsou vidět hvězdy“

Ralph Waldo Emerson

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. A kol. *Parkinsonova nemoc*. 4. rozšířené vyd. Praha: MAXDORF, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3
2. FRIEDRICH, M. J., Co přinášejí nové studie o Parkinsonově nemoci. *JAMA-CS*, 2005, roč. 13, č. 6, s. 369-371. ISSN 1210-4132
3. AMBLER, Z. et al. *Klinická neurologie*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-556-6
4. ROKYTA, R. et al. *Fyziologie*. 2. přepracované vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 80-86642-47-X
5. PETROVICKÝ, P. a kol. *Klinická neuroanatomie CNS s aplikovanou neurologií a neurochirurgií*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2008. 628 s. ISBN 978-80-7387-039-3
6. BEDNAŘÍK, J. AMBLER, Z. RŮŽIČKA, E. *Klinická neurologie, část speciální I*. 2.vyd.Praha: TRITON, 2010. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9
7. NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum 2002, 2005. ISBN 80-7262-160-2, ISBN 80-246-0502-3
8. JEDLIČKA, P. KELLER, O. et al. *Speciální neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén, Nakladatelství Karolinum 2005, ISBN 80-7262-312-5, ISBN 80-246-1079-5
9. *Standardy pro provádění a hodnocení CT vyšetření*. Dostupné z: http://www.homolka.cz/common/files/rdg_standardy_provedeni_a_hodnoceni_ct_vysetreni.pdf
10. RŮŽIČKA, E., REKTOR, I. *Parkinsonova nemoc*. 1.vyd. Praha: GlaxoKlineSmith, 2004. ISBN 80-7262-298-6
11. SCHAPIRA, A. *Disease modification in Parkinson's disease*. *Lancet neurol* 2004;3; s. 362-8
12. BENETIN, J. Současný pohled na farmakoterapii Parkinsonovy nemoci. *Corpus et psyché*, 2010, roč. 1, č. 3, s. 3-5. ISSN 18

13. RŮŽIČKA, E, ROTH, J. *Parkinsonova nemoc*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998, ISBN 80-85121-19-0
14. MARTÍNKOVÁ, J. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1356-4
15. PURŠOVÁ, M. et al. *Parkinsonova nemoc Komplexní fyzioterapeutický pohled*. Praha: Novartis s.r.o., 2011. 13-14 s
16. URGOŠÍK, D. et al. *Hluboká mozková stimulace u nemocných s extrapyramidovými poruchami pohybu- stereotaktická procedura a intraoperační nálezy*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2011, roč. 74, č. 2, s. 175-186. ISSN 1210-7859
17. ŠKOPA, B. et al, *Medical Tribune Breviř*. vyd. 22. Praha: Medical Tribune CZ, 2013. ISBN 978-80-87135-50-1
18. PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
19. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. s 61-62. ISBN 80-85866-55-2
20. JONES, D. *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
21. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 110s. ISBN 978-80-247-1211-6
22. *Sociální služby, Příspěvek na péči*. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
23. *Společnost Parkinson a. s.* Dostupné z: www.parkinson-cz.net/spacek/
24. ROTH, J., RŮŽIČKA, E. *Život s Parkinsonovou nemocí, informace a praktické rady pro nemocné a jejich rodiny*. Novartis, Praha 2005, 38 s.
25. *Tělocvik pro nemocné Parkinsonovou chorobou*. Dostupné z: http://www.parkinson-italia.info/e_gym_czech/czech04.php

SEZNAM ZKRATEK

AA	alergická anamnéza
ADL	Activity of Daily Living
ATB	antibiotika
BG	Bazální ganglia
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervový systém
COMT	inhibitor katechol-O-methyltransferázy
CT	výpočetní tomografie
D	dech
DBS	Deep Brain Stimulation
DBS STN	Deep Brain Stimulation Subthalamicus Nucleus
Dcl	decilitr
DK	dolní končetina, -y,
DM II.typu	diabetes mellitus II.typu
EMG	elektromyografie
GABA	kyselina gama-aminomáselná
HK	horní končetina, -y,
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ISCHS	ischemická choroba srdeční
l	litr
MAO-B	monoaminoxidáza B

mg	miligramy
ml	mililitr
MMSE	Mini- Mental State Examination
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MRI	Magnetická rezonance
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NNF	Nemocnice na Františku
OP	ošetřovatelský proces
P	puls
PAD	perorální antidiabetika
PN	Parkinsonova nemoc
PNC	Penicilin
RTG	roentgen
SN	Substantia nigra
SPECT	single photon emission computed tomography
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TEN	trombembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza

Příloha č. 2: ADL- test, Hodnocení rizika vzniku dekubitů- dle Nortonové

Příloha č. 3: NRS, Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové

Příloha č. 4: IADL- test

Příloha č. 5: Tabulka potravin

Příloha č. 6: Cvičení s míčky pro Parkinsoniky

Příloha č. 7: Psaní pro Parkinsoniky

Příloha č. 1

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : *domácnost pacienta*
Datum a čas odběru anamnézy : *15. 12. 2013 10h 20min.*

Jméno (iniciály) : *X. Y.* Pohlaví: *MUŽ* Věk : *73 let*

Datum přijetí : Datum propuštění :

Stav: *žena ty'* Povolání: *důchodce*

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): *zhoršení stavu při dg. Parkinsonova - akinetická křive nemoc*

Chronická onemocnění : *Diabetes mellitus II. typu*
Arteriální hypertenze, Varixy DK

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: *Diabetická dieta*

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:

Farmakoterapie:

Regup - Moditab 2mg, 8mg
Motilium 10mg, AXP 100mg, Neurotik 300mg
Caduet 5mg, Galvus 50mg, Prestane 5mg, Stadimet 1000mg
Jiné léčebné metody: *RTB,*

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: *PNC*

Fyziologické funkce : P : *84'* TK : *155/100* D : *18'* SpO2 : TT : *36,6°C*

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Deorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) *sré zdraví ruina jako narušene - Je ústavy, demotrovan*

Úrazy: ano ne jaké:

Prodělaná dětská onemocnění: *bazna detka onemocneni!*

Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *diabeticka c.9* Nutriční skóre: *26*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost: *sacharidy (chlib), drubeti maso*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa

Denní množství tekutin: *750 ml* Druh tekutin: *kava, černý čaj*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *-3 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: *13.12.2013*

Způsob vyprazdňování: *podložní mísa/močová láhev* *během noci*

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *pac. na lůžku*

Barthel test: *55 bodů* *zdravost středněho stupně*

Riziko pádu: ANO skóre: *16 bodů* NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *4-5 h. denně* hodina usnutí : *23-01h.*
poruchy spánku : ano ne jaké : *porucha usnutí, bázni během noci*
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : *TV, usnutí v křesle*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : *dalekozrakost*
potíže se sluchem : ano ne jaké :
porucha řeči : ano ne jaká :
kompenzační pomůcky : ano ne jaké : *brýle*

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : *cht' se omezny' v běžných aktivitách*
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho : *z diagnózy PN*
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce : *zlobí se, uzavírá se do sebe*
emocionální stav : *rýky, vý nálad, neryvnost, nekomunikace*
Úroveň komunikace a spolupráce : *snáží se o spolupráci,*
„neví jak na to“

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *uzavřenost*
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *rodina*
kontakt s rodinou : ano ne

Příloha č. 2

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. nasedání, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

55 bodů

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Ne 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TL, anémie, kachexie 3	Zhoršen 3	Anatický 3	S doprovoze 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Prevažně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

23 bodů

Příloha č. 4

Test instrumentálních denních činností – IADL (Instrumental activity daily living)

Činnost	Zvládnutí činnosti	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	5
	Léky musí podávat jiná osoba	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0

Vyhodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů– závislý

41 – 75 bodů – částečně závislý

76 – 80 bodů– nezávislý

Příloha č. 5

Potraviny vhodné pro parkinsoniky

Celozrnné potraviny

Ovoce a zelenina

Vitamíny skupiny B, C a E

Kyselina listová

Niacin

Potraviny obsahující vysoký podíl vlákniny:

sušené ovoce, mandle, kukuřice, hnědá rýže, čočka, fazole, pohanka

cizrna, brokolice, jablka, hrušky, avokádo, maliny, ovesné vločky

Potraviny nevhodné pro parkinsoniky

Nasycené tuky

Bílý cukr

Povzbuzující nápoje

7




OSMIČKA
a Posadte se tak, abyste měli nohy rozkročené na šíři ramen. Překládejte míček z ruky do ruky pod kolenem tak, aby dráha míčku tvořila ležatou osmičku (viz obrázek).
b Měňte směr pokládání míčku.

Cíl cvičení:
Uvolnění pohyblivosti velkých kloubů a páteře.

CVIČENÍ S MÍČKY

pro Parkinsoniky

Vážená pacientko, vážený paciente,
v této příručce Vám představujeme sestavu osmi cvičení, kterými můžete zlepšit Vaši pohyblivost a koordinaci Vašich pohybů. Cvičení jsou lehká až středně těžká. Dbejte toho, abyste při cvičeních pevně seděli (pokud možno na stoličce bez opěrady) a tělo drželi vzpřímeně, s rovnými zády. Ponechte si na cvičení dostatek času a pokuste se cvičit pravidelně.

Za sestavení cvičení děkujeme p. Arndu Kösterovi.

Bude-li se Vám cvičení líbit anebo pokud máte ke skladbě cvičení nějaké připomínky, sdělte nám je laskavě na níže uvedenou adresu. Přejeme Vám příjemné cvičení a hodně úspěchů.

DESITIN Pharma spol. s r.o.
Opletalova 25, 111 21 Praha 1
tel.: 222 245 375, fax: 222 240 384
desitin@desitin.cz, www.desitin.cz



CVIČENÍ S MÍČKY

pro pacienty s Parkinsonismem




1



ROLOVÁNÍ MÍČKU
Cvičení se provádí vsedě. Uchopte míček mezi obě dlaně, přidržte jej lehkou oběma rukama a začněte míčkem kroužit mezi dlaněmi. Začněte malými kruhovými pohyby, které postupně zvětšujete. Zkuste také několikrát změnit směr kroužení.

Cíl cvičení: Zvýšení zručnosti – šikovnost.

3




POSILOVÁNÍ S MÍČKEM
a Uchopte míček mezi chodidly obou nohou a pevně jej stiskněte.
b Zvedněte obě nohy tak, aby byl míček ve vzduchu.

Cíl cvičení: Aktivizace břišního svalstva.
Důležité upozornění: Dbejte toho, abyste při cvičení měli stále rovná záda a abyste se nezakláněli dozadu.

5




CVIČENÍ NOHOU
a Cvičení se provádí vsedě a nejlépe bez obuvi. Míček položte na podlahu a položte na něj prsty nohy tak, abyste se míčkem jen zlehka dotýkali. Kulejte potom míček po podlaze prsty i ploškou nohy. Měňte směr pohybu míčku a střídáte při cvičení obě nohy.
b Po zvládnutí předchozího cvičení procvičujte obdobným způsobem obě nohy současně, k tomu použijte dvou míčků.

Cíl cvičení: Zlepšení hybnosti hlezenních a koleních kloubů, cvičení jemné motoriky.

2



PŘEHAZOVÁNÍ MÍČKU
Cvičení se provádí stejně jako předchozí vsedě. Levou rukou vyhodte míček do výšky a chyťte jej pravou rukou. Míček vyhadzujte zpočátku nepříliš vysoko, abyste jej bez obtíží druhou rukou chytili. Sthdíte obě ruce. Jakmile nabudete větší jistoty, zkuste míček vyhadzovat výše. Časem můžete stejné cvičení zkusit s dvěma míčky současně.

Cíl cvičení: Zlepšení pohybové koordinace ruce – očí.

4




PROTAŽENÍ S MÍČKEM
a Cvičení se provádí vsedě nebo ve stoje. Uchopte do každé ruky jeden míček a předpažte obě paže.
b Pravou paži vzpažte (nad hlavu) a současně levou paži připažte (k tělu), obě paže mějte přitom napjaté. Při cvičení narovnejte trup a napněte svalstvo. Sthdíte obě paže.

Cíl cvičení: Zlepšení pohyblivosti ramenního kloubu a aktivizace svalstva oblasti šíje a ramenu (střední).
Důležité upozornění: Pohyby paží provádějte pozvolna – tj. nikoli svihem.

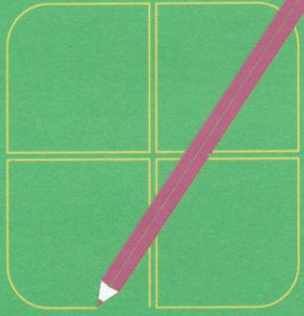
6




PŘEHAZOVANÁ S PARTNEREM
a Lze cvičit vsedě nebo ve stoje. Házet si míček s partnerem navzájem a zkoušejte přitom chytil míček jen jednou rukou.
b Zkuste cvičení s dvěma míčky zároveň, tj. současně házet míček a druhou rukou chytat. Dbejte přitom, abyste pevně seděli nebo stáli. Pokud by chytání míčku jednou rukou bylo pro vás příliš obtížné, chyťte míček oběma rukama.

Cíl cvičení: Zlepšení koordinace ruce – očí.

PSANÍ PRO PARKINSONIKY




Tento materiál pro Vás připravila
DESITIN PHARMA, spol. s r. o.



SLOVO ZA SLOVEM

Opište předtištěná slova. Pokuste se dodržet správný odstup od linek. Po každém slově si krátce odpočiňte.

Cvičení dne: _____ 

pes	_____
kámen	_____
nevěsta	_____
slyšet	_____
papír	_____
spát	_____

ABECEDA

Pokračujte prosím dále v abecedě. Dbejte na to, abyste zachovali stejnou velikost písma podle vzoru.




Cvičení dne: _____

ABC	_____
abc	_____
ABC	_____
abc	_____
ABC	_____

VZORY

Pokračujte dál podle vzoru. Dbejte na to, abyste udrželi stejnou velikost.

Cvičení dne: _____

	_____
	_____
	_____
	_____
	_____