

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče u pacientů s Parkinsonovou chorobou

Eva Trávníčková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Trávníčková**  
Osobní číslo: **Z12240**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Ošetřovatelská péče u pacientů s Parkinsonovou chorobou**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná  
Seznam odborné literatury:

1. BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. Klinická neurologie. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-807-3873-899.
2. BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA. Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6201-557.
3. DOSTÁL, Václav a Ema CHVÍSTKOVÁ. Výživa u Parkinsonovy nemoci. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-802-0423-627.
4. ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. Parkinsonova nemoc. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-807-3451-783.
5. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. Ošetřovatelství v neurologii. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iveta Černošková  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 7. 5. 2015

Eva Trávníčková

## **Poděkování**

Tímto bych ráda vyjádřila poděkování vedoucí práce Mgr. Ivetě Černožorské za její čas, užitečné rady, připomínky a upozornění při zpracovávání bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je věnována neurodegenerativnímu onemocnění zvanému Parkinsonova nemoc. Teoretická část práce je zaměřena na popis onemocnění z aktuálních publikovaných poznatků. Praktická část práce je stěžejní a je věnována kvalitativnímu výzkumu, přesněji vytvořením tří kazuistik u pacientek, které onemocněly Parkinsonovou nemocí. Na závěr je vytvořena mapa péče, zaměřená na specifika ošetrovatelské péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Ošetrovatelská péče, ošetrovatelský personál, pacienti, Parkinsonova nemoc

## **TITLE**

Nursing care for Parkinson's disease's patients

## **ANNONTATION**

Bachelor thesis is concerned with Parkinson's disease, which is one of the most usual neurodegenerative diseases. The theoretical part describes the illness on the basis of contemporary clinical knowledge. On the other hand the core of the thesis lies in qualitative research comprised of three Parkinson's patient case interpretations. As a conclusion, a nursing care map focused on disease's characteristics will be created.

## **KEY WORDS**

Nursing care, nursing, patients, Parkinson's disease

# Obsah

ÚVOD.....	9
CÍLE.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Parkinsonova nemoc.....	11
1.1 Epidemiologie a etiologie.....	11
1.2 Příznaky Parkinsonovy nemoci.....	12
1.2.1 Hlavní příznaky onemocnění.....	12
1.2.2 Doprovodné příznaky .....	14
1.3 Diagnostika.....	15
1.4 Léčba .....	17
1.4.1 Farmakoterapie.....	17
1.4.2 Neurochirurgická léčba .....	18
1.4.3 Rehabilitace.....	19
2 Ošetrovatelská péče.....	20
2.1 Ošetrovatelská péče o výživu.....	20
2.2 Ošetrovatelská péče o hygienu a oblékání .....	21
2.3 Ošetrovatelská péče o spánek .....	22
2.4 Ošetrovatelská péče o psycho-sociální a spirituální potřeby.....	23
II. PRAKTICKÁ ČÁST .....	26
3 Metodika .....	26
3.1 Kazuistika č. 1.....	27
3.1.1 Ošetrovatelská anamnéza.....	29
3.1.2 Diagnostika, plánování a hodnocení ošetrovatelských problémů .....	32
3.2 Kazuistika č. 2.....	39
3.2.1 Ošetrovatelská anamnéza.....	41
3.2.2 Diagnostika, plánování a hodnocení ošetrovatelských problémů .....	43
3.3 Kazuistika č. 3.....	48
3.3.1 Ošetrovatelská anamnéza.....	50
3.3.2 Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů .....	52
4 Diskuze .....	60
5 Závěr.....	63

6 POUŽITÁ LITERATURA .....	64
7 Přílohy .....	66
Příloha A: Všeobecně přijímaná diagnostická kritéria britské mozkové banky PN UKPDSBB.....	67
Příloha B: Seznam léků, které nemocný s PN nesmí dostat.....	69
Příloha C: Hodnocení rizika vzniku pádu .....	70
Příloha D: Mapa péče u nemocného s Parkinsonovou chorobou.....	71



## ÚVOD

Parkinsonova nemoc je chronické, progresivní, neurodegenerativní onemocnění. Rozvíjí se pomalu s postupným zánikem buněk produkujících dopamin a zejména v pozdějším stádiu se projevuje charakteristickými projevy jako je parkinsonský třes, svalová ztuhlost, celková zpomalenost a chudost pohybů.

Podle statistických údajů, které předkládá ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) za rok 2013, žije v naší zemi až 30.000 nemocných s Parkinsonovou chorobou. V Olomouckém kraji, kde žijí a pracují ve zdravotnictví, pak přibližně 1.170 nemocných. Příjem těchto pacientů do zdravotnických zařízení je proto poměrně častý a ošetřující personál na neurologických odděleních či odděleních geriatrického typu tak běžně přichází do styku s takto nemocným klientem. Z tohoto důvodu se domnívám, že se jedná o stále aktuální a do jisté míry nadčasové téma.

Ačkoliv jde o onemocnění nevyлéčitelné, samo o sobě délku života nezkracuje, a proto je alespoň částečné zpřijemnění a zkvalitnění života pacientů prioritní součástí léčby. Zejména v progresivní fázi onemocnění, kdy dochází ke kolísání hybnosti, je často nutná jejich hospitalizace. Z tohoto důvodu je důležité volit adekvátní ošetrovatelskou péči a znát specifika nemoci. Onemocnění však s sebou přináší i další významné příznaky, s nimiž souvisejí ošetrovatelské problémy. Pacienti často trpí psychickými obtížemi a mezi nezbytné úkoly ošetrovatelského personálu tak patří i aktivizace a motivace nemocných. Jako sestra pracující na neurologickém oddělení vnímám ošetrovatelskou péči nemocných s Parkinsonovou chorobou jako jednu z nejnáročnějších.

Cílem bakalářské práce je vytvořit prostřednictvím výzkumných metod ošetrovatelský proces u tří pacientů trpících Parkinsonovou nemocí a tím poukázat na nejčastější ošetrovatelské problémy, které se během ústavní péče vyskytují. Praktickým výstupem bakalářské práce je mapa péče využitelná ošetrojícím personálem, neboť ten se zabývá ošetrovatelskou problematikou po celou dobu hospitalizace.

## **CÍLE**

1. V teoretické části shrnout aktuální publikované poznatky mající vztah k ošetrovatelské péči o pacienty s Parkinsonovou nemocí.
2. V praktické části popsat ošetrovatelskou péči u pacientů s Parkinsonovou nemocí pomocí tří kazuistik.
3. V praktické části vypracovat mapu péče zaměřující se na specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných s tímto onemocněním.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Parkinsonova nemoc

První publikované poznatky o Parkinsonově nemoci byly objeveny v publikaci Jamese Parkinsona z roku 1817 s názvem „*An Essay on the Shaking Palsy*“ (O třaslavé obrně). Londýnský lékař Parkinson popsal šest nemocných s příznaky, s nimiž se u nich setkal. Krátce po zveřejnění publikace došlo k potvrzení onemocnění s touto kombinací příznaků i od dalších lékařů, avšak nemoc byla pojmenována po jejím prvním objeviteli (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 12).

*„Parkinsonova nemoc je chronické progresivní onemocnění nervové soustavy, projevující se typickou poruchou hybnosti, tzv. extrapyramidovým hypokinetickým-rigidním syndromem. Toto postižení vzniká na základě degenerativního zániku neuronů v pars compacta mezencefalické substantia nigra, vedoucího k nedostatku dopaminu ve striatu. Poruchou hybnosti u Parkinsonovy nemoci proto charakteristicky zmírňuje dopaminergní substituční terapie“* (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 582).

Pro Parkinsonovu nemoc je charakteristický úbytek neuronů, které se vyskytují v oblasti bazálních ganglií, přesněji v jejich součástech substantia nigra. Bazálními gangliím se dříve přisuzovala pouze motorická funkce, ale postupem času došlo ke zjištění, že mají částečný vliv i na asociační funkce a na limbický systém (Bonnet & Hergueta, 2012, str. 13).

### 1.1 Epidemiologie a etiologie

Prevalence neboli výskyt Parkinsonovy nemoci (dále v textu také již jen jako „PN“) je 1 až 2 případy na tisíc obyvatel. U věkové skupiny nad 60 let je to už jeden případ na sto obyvatel. PN začíná obvykle mezi 50. až 60. rokem života, může se však objevit i později. Před 40. rokem života onemocnění počíná jen asi v 10 % případů (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 583).

Příčiny postupného zániku buněk nejsou dosud zcela známé. Jednou z nich může být apoptóza – programovaná buněčná smrt, která se v různé míře uplatňuje

u neurodegenerativních onemocnění, kdy vlivem vnějších a vnitřních spouštěcích mechanismů dochází k vzájemné interakci pro- a anti- apoptických faktorů vedoucích k zániku postižené buňky (Rusina, Matěj, & kolektiv, 2014, str. 20). Na vině může být i oxidativní stres, což je škodlivý mechanismus, jehož příčinou je buď nadměrná produkce volných radikálů, nebo jejich nedostatečné odstraňování. Volné radikály kyslíku a reaktivní formy železa vznikají ve velkém množství právě v místech, kde se tvoří a zaniká již zmiňovaný dopamin. Mezi další spouštěcí faktory, které mohou mít spojitost s PN, patří genetické predispozice (Bonnet & Hergueta, 2012, str. 16). Ke vzniku nemoci je zapotřebí více současně změněných genů a s největší pravděpodobností ještě spoluúčast speciálních vlivů ze zevního prostředí. Pohled na věc změnila 90. léta 20. století, kdy v rodinách, u nichž došlo k většímu počtu onemocnění, byly objeveny konkrétní změny v konkrétních genech způsobující jejich vznik (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 23).

## **1.2 Příznaky Parkinsonovy nemoci**

V počátečním období onemocnění, které však může trvat i několik let, jsou příznaky většinou necharakteristické a mohou tak snadno vést k mylné diagnóze. Jedná se například o kloubní a svalové bolesti, ztrátu výkonnosti, poruchy spánku, potíže s vyprazdňováním, zhoršení písma, stav deprese a podobně. Teprve v pozdější fázi onemocnění se objevují pro Parkinsonovu nemoc typické příznaky, mezi něž se řadí třes, svalová ztuhlost, celková zpomalenost a poruchy stoje a chůze (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 25). Příznaky se projeví zpravidla jednostranně, postupně na horní i dolní končetině, později přechází na druhostranné končetiny (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 590).

### **1.2.1 Hlavní příznaky onemocnění**

#### **Třes**

Je nejtypičtějším příznakem Parkinsonovy nemoci. Je však třeba doplnit, že třes může být příznakem i řady jiných onemocnění (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 25). Například u onemocnění jater se může objevit metabolický tremor, který se projeví frekventním pohybem rukou i hlavy, nebo více známý esenciální tremor (Waberžinek & Krajíčková, 2006, str. 62). Nicméně parkinsonský třes má typické vlastnosti, podle nichž se dá určit, že se jedná právě o tento typický příznak. Z počátku se objevuje na akrech horních končetin a pohyb je

často přirovnáván k pohybům při počítání peněz. S postupem onemocnění se třes rozšiřuje i na dolní končetiny. Ačkoliv hlava bývá třesem postižena pouze vzácně, může se objevit třes brady. Třes má obvykle pomalý ráz a objevuje se především v klidu. Při emočně náročnějších situacích se zvýrazňuje a obvykle zase mizí ve spánku (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 26). Pokud je tedy třes klidový, asymetrický a pomalý, je vysoce pravděpodobné, že se jedná o PN. U 20 – 30 % nemocných však nemusí být třes přítomný vůbec, nebo je jen málo výrazný (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 590).

### **Svalová ztuhlost**

Je dána zvýšením svalového napětí, které je zapotřebí k provedení pohybu a k udržení vzpřímeného postoje. Rigiditou je postiženo hlavně axiální svalstvo a flexory, což má za následek flexní držení šíje, trupu i končetin. (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 590). „*Rigidita se projevuje zvýšením klidového napětí a ztuhlostí svalů, které kladou odpor v celém rozsahu aktivního i pasivního pohybu příslušné části těla (fenomén olovněné trubice), zpravidla s hmatným šubavým uvolněním svalů v průběhu pasivního pohybu (fenomén ozubeného kola)*“ (Bonnet & Hergueta, 2012, str. 19). Pro nemocné je svalová ztuhlost vnímaná jako nepříjemný subjektivní faktor, který většinou znesnadňuje normální funkci hybnosti (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 27).

### **Zpomalenost, chudost a omezený rozsah pohybů**

Pro nemocné je velmi těžké začít s jakýmkoliv pohybem, např. postavit se ze sedu, popřípadě mají potíže s rozcházením, kdy jim nejde udělat prvotní krok, a proto přešlapují na místě. Také pohyby, které zdravý člověk automaticky vykonává, aniž by na danou činnost myslel, jsou omezeny. U nemocných se vyskytuje také tzv. akinetický freezing neboli „zamrznutí“ v podobě náhlého přerušení pohybové činnosti. Potíže nastávají také ve spánku, kdy nemocní nemohou změnit polohu svého těla a přetočit se ze strany na stranu, čímž se zhoršuje jeho kvalita (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 28). Z hlediska objektivního pozorování působí akineze dojmem ztuhlosti a nehybnosti, přičemž obtíže nastávají při jakémkoliv startu pohybu. „*Bazální ganglia nezvládají mechanismy mozkové kůry, připravující a vykonávající „objednávku“ pohybu*“. To se týká hlavně manuálních pohybů, které vyžadují zručnost. (Bonnet & Hergueta, 2012, str. 18). V důsledku progresu daných příznaků roste potřeba pomoci nemocných při běžných denních činnostech (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 590).

## **Poruchy stoje a chůze**

Pro PN je charakteristický postoj těla, které lze objektivně pozorovat především jako sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení končetin. V pokročilejším stádiu nemoci je již typická chůze doprovázená šouravými krůčky s nejistotou, což může vést k poruše rovnováhy a v konečném důsledku k pádu. Posturální poruchy určují míru postižení nemocného a kvalitu jeho života (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 591).

### **1.2.2 Doprovodné příznaky**

Existují však i další příznaky, které Parkinsonovu chorobu doprovázejí. Jedním z nich je tzv. **hypomimie** neboli maskovitý obličej, kdy mimické svalstvo není schopno plnit svoji funkci a výsledkem je neměnný a nepřítomný výraz. Na vnější okolí působí dojem apatie, neboť v obličejí se neodrážejí žádné citové reakce. Dalším doprovodným příznakem, který se vyskytuje u většiny pacientů, je tzv. **dysartrie** projevující se především ztišením hlasu a ztrátou melodičnosti. U většiny nemocných je rychlost řeči zpomalena, ale část jich naopak trpí zrychleným tokem řeči, což vede k nesrozumitelnosti. U Parkinsonovy nemoci lze pozorovat i tzv. **mikrografii** vyznačující se postupným zmenšováním písma při psaní (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 30).

U Parkinsonovy choroby se často vyskytují i **poruchy vegetativního nervstva**. Typickým je v tomto směru problém s defekací v podobě zácpy, který se vlivem trvalé medikace zhoršuje. U některých nemocných se mohou objevit i potíže s močením a sexuální nedostatečností. Doprovodný příznak, jenž může nemocné ohrožovat na zdraví, je sklon k rychlému poklesu tlaku, což může vést až k pádu. Mezi časté příznaky, jak bylo zmíněno výše, se řadí i potíže s dosažením kvalitního spánku (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 30).

### **Psychické problémy**

Potíže s psychikou se objevují již v raném stádiu onemocnění. Jedná se především o deprese, které není radno podcenit a je třeba je včas léčit. Neléčené deprese se totiž prohlubují a mohou vést až k sebevražedným myšlenkám. V naprosté většině případů jsou však léčitelné. Deprese nicméně postupuje plíživě a je velmi těžké rozpoznat první příznaky psychického onemocnění (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 37). V průběhu nemoci se objevuje

nejméně u poloviny pacientů, proto je na místě na možnost jejího výskytu myslet a včas a adekvátně léčebně zakročit za pomoci moderních antidepresiv, nejčastěji typu SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Jako vhodné jsou například přípravky Citalopram nebo Escitalopram. Nicméně je nutné vzít v úvahu, že kombinace mezi SSRI a Selegilinem ohrožuje nemocného vznikem serotoninového syndromu spojeného s hypertenzní krizí, a proto se musí Selegilin dva týdny před nasazením antidepresiv vysadit (Štětkařová, 2013, str. 30). Většina pacientů udává po nasazení antidepresiv návrat životního elánu a větší odhodlání bojovat s nemocí. Spolu s depresí nebo samostatně se může objevit také apatie, anxiety, panické poruchy i poruchy kognitivních funkcí (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 591).

### **Nemoc a její vývoj**

Vývoj Parkinsonovy nemoci je zcela individuální a v jednotlivých případech má různý postup a variabilitu. Liší se hlavně v počátcích onemocnění, rychlosti rozvoje nemoci a reakci na léčbu (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 35). Stádia nemoci se dosud měří na nejrozšířenější stupnici (tzv. stupnice PN dle Hoehnové a Yahra), která popisuje přirozený vývoj onemocnění neovlivněný dopaminergní léčbou. Výhodou je její jednoduchost, naopak nevýhodou je, že škála nezohledňuje ovlivnění průběhu nemoci léčbou. V prvním stádiu je postižení jednostranné, tzv. hemiparkinsonský syndrom. V druhém stadiu je postižení již oboustranné, bez poruch rovnováhy. Třetí stádium představuje oboustranné postižení s poruchou posturální stability. Ve čtvrtém stádiu je nemocný sice těžce postižen, ale je dosud ještě schopen chůze, zatímco v posledním pátém stádiu je již nemocný plně odkázán na lůžko (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 594).

### **1.3 Diagnostika**

Symptomatologie, která provází PN, je velmi typická a ve své podstatě nezaměnitelná, je-li jednoznačně vyjádřená. Přesto je diagnóza PN v praxi zatížena velkou chybovostí a řada studií dokonce prokázala, že až ve 20 % případů je klinická diagnóza stanovená nesprávně (Rusina, Matěj, & kolektiv, 2014, str. 26). Část pacientů, u nichž se objevily stejné příznaky, totiž nemusí trpět přímo PN, ale jedná se o tzv. sekundární parkinsonské syndromy. Proto je na místě sjednotit klinické zkušenosti do jednoduchých a specifických kritérií PN (Berger, Kalita, & Ulč, 2000, str. 34). Vzhledem k tomu, že i onemocnění PN je u všech nemocných

zcela individuální, je pro začátek nejdůležitější anamnéza jako základní pilíř ke stanovení diagnózy. Neurolog při ní zjišťuje příznaky, které se u daného nemocného již objevily, a hledá souvislosti s onemocněním (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 594).

Existují také hodnotící škály, podle nichž se zjišťuje motorickou výkonnost. Nejčastěji používaná škála pro vyšetření motorických a nonmotorických projevů, díky níž lékař sleduje vývoj nemoci a účinnost léčby, je jednotná stupnice pro hodnocení Parkinsonovy nemoci tzv. UPDRS (unified Parkinson's disease rating scale ). Diagnostika je čistě klinická, všeobecně přijímána jsou stávající kritéria UKPDSBB (United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria) sestavená ze tří základních kroků – viz příloha A (Rusina, Matěj, & kolektiv, 2014, str. 171).

Mezi důležitý diagnostický faktor patří levodopa test neboli test odpovědi na dopaminergní podnět, jímž se zjišťuje odpověď na levodopu. Před provedením testu je nemocnému nasazen lék Motilium v dávce 3x denně 2 tablety, jelikož u nemocného, který dříve levodopu neužíval, může levodopa vyvolat zažívací potíže a pokles krevního tlaku. Po podání léčivého přípravku – levodopy by se u nemocného člověka měly příznaky zlepšit (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 144).

V případech, kdy nestačí zhodnocení příznaků a odpovědávosti na dopaminergní podnět, je k dispozici nukleární zobrazovací metoda. U nás je v současnosti dostupná tzv. pozitronová emisní tomografie PET a jednofotonová emisní tomografie SPECT- DaTScan. Vyšetření prokáže nesynaptický dopaminergní deficit ve striatu, ale nemůže 100% odlišit Parkinsonovu nemoc od onemocnění, kdy je postižen jak nesynaptický, tak postsynaptický oddíl (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 596).

Pro sestru je v diagnostice důležitá anamnéza, která je prvotní fází ošetřovatelského procesu. Její náplní je v první řadě získávání subjektivních údajů prostřednictvím účinné komunikace s pacientem a objektivních příznaků prostřednictvím systematického pozorování (Slezáková, 2014, str. 11).



## 1.4 Léčba

Jak bylo uvedeno výše, PN je nevléčitelné onemocnění, ale díky léčebným postupům lze příznaky, které nemoc doprovázejí, za příznivých okolností dlouhodobě a účinně potlačovat. Hlavní těžiště v medikamentózní terapii leží v substituci chybějícího dopaminu. Prostřednictvím dostupných léčebných metod dochází k ovlivnění projevů, ale nedochází k vyléčení primárního patologického procesu. Strategie léčby je vždy závislá na individuálních okolnostech nemocného a nedílnou součástí léčby je i získání spolupráce nemocného, která je důležitá hlavně v oblasti režimových opatření, přesněji jeho rehabilitaci. Jakýkoliv pasivní postoj nemocného průběh onemocnění ovlivňuje negativně (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 43). Hlavním cílem léčebných postupů je zachovat co nejdéle životní aktivity nemocného (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 599).

### 1.4.1 Farmakoterapie

Přípravek **Levodopa** se stala základním kamenem v léčbě onemocnění, neboť má největší účinky na potlačení hlavních příznaků. „*Levodopa je přirozená látka, z níž běžně v těle člověka jednoduchou enzymatickou přeměnou vzniká dopamin. Levodopa na rozdíl od dopaminu proniká snadno z krevního oběhu do mozku, v jehož buňkách pak z levodopy vzniká dopamin*“ (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 46). Nevýhodou levodopy je, že postupem času se zkracuje doba účinnosti léku. Pak je na místě změnit léčebnou strategii s cílem ovlivnit motorické komplikace, aby se co nejvíce prodloužil stav zlepšené hybnosti „on“ a naopak vyhnout se stavům zhoršené hybnosti „off“ (Bonnet & Hergueta, 2012, str. 23). Jedinou absolutní kontraindikací je glaukom s úzkým úhlem. S terapií se začíná postupně a je rozdělena na menší dávky (Waberžinek & Krajíčková, 2006).

Ošetřovatelský personál musí při léčbě levodopou myslet na základní doporučení. V době, kdy nemocný užívá levodopu, by měl být omezen příjem bílkovin, jelikož jejich větší množství v žaludku ovlivňuje vstřebávání léku do krevního oběhu a nedochází tak ke kýženému výsledku medikace. Na druhé straně ale nastává problém, protože bílkoviny jsou důležitou složkou potravy, a proto se doporučuje přes den bílkoviny omezit, nicméně večer podávat bílkovinné jídlo, aby byl nedostatek nahrazen. Úlohou všeobecné sestry je podávat nemocným lék v přesně stanovenou dobu dle ordinace lékaře. Levodopa se podává buď 30 – 45 minut před jídlem, nebo 45 – 60 minut po jídle. Pokud nemocný snáší špatně

aplikaci léku na lačno, může lék zajist například piškotem (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 132). Část pacientů může během léčby levodopou pociťovat nevolnost až bolesti žaludku a pokud se tyto potíže objeví, doporučuje se zapíjet medikaci ledovou vodou (Dostál & Chvístková, 2010, str. 17).

Mezi další léky patřící k léčbě PN jsou **agonisté dopaminu**, které patří taktéž mezi látky nahrazující dopamin a účinkují na příslušné receptory. Hlavní léčebné využití připadá na dobu, kdy je PN v pokročilejším stádiu, a výsledkem přídatku agonisty k levodopě dochází k tlumení kolísání stavu hybnosti. Agonista dopaminu se ale může začít podávat již v raném stádiu onemocnění, čímž se může oddálit léčba levodopou, přičemž se prokazatelně snižuje výskyt komplikací v pozdější fázi onemocnění (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 51).

**Inhibitory COMT** (inhibitory katechol- O- metyltransferázy) snižují působení enzymu COMT, který se podílí na degradaci levodopy. Tím se zvyšuje dostupnost dopaminu pro mozkové buňky. Díky inhibitorům se tak daří prodlužovat stav zlepšené hybnosti nazývané „on“. **Inhibitory MAO-B**, v nichž je hlavním preparátem Selegilin, mohou být klíčovým enzymem, který spouští záhubné neuronální děje (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 601).

Mezi další přídatné léky zařazujeme ty, které způsobují omezený nervový přenos tzv. **anticholinergika**. Pro četný výskyt nežádoucích účinků jsou však anticholinergika v léčbě Parkinsonovy nemoci velmi omezena. K důležité skupině jak vyplývá z předchozích částí, patří i **antidepresiva**, jelikož deprese onemocnění PN často provází. Antidepresiva zvyšují obsah nervových přenašečů v mozku (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, stránky 50-57).

#### **1.4.2 Neurochirurgická léčba**

Při nezvladatelnosti farmakologické léčby nastupuje léčba chirurgická. Mezi nejznámější a nejšetrnější techniku patří hluboká mozková stimulace, při níž je do příslušného jádra zavedena elektroda. Díky elektrické stimulaci je následně potlačena funkce příslušné mozkové oblasti, což má za následek ovlivnění příslušného příznaku (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 73). Předpokladem efektivity takové léčby je kvalitně provedený výkon, adekvátní výběr pacienta multidisciplinárním týmem a odpovídající následná péče (Bednařík,

Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 603). V současné době je indikována u pacientů v pokročilém stádiu onemocnění.

### 1.4.3 Rehabilitace

Aby alespoň částečně došlo k návratu ztracených funkčních schopností, je zapotřebí věnovat pozornost celkové léčebné péči, rehabilitaci, cvičení a pohybové redukci, neboť „*pravidelná dávka pohybu je stejně důležitá jako pravidelné podávání léků*“ (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009). Rehabilitace a pravidelné cvičení je prevencí svalového oslabení a omezení hybnosti. Úkolem sestry v této oblasti je opakovaně klást důraz na cvičení. Pomocí včasné a správné rehabilitace se u pacientů často daří potlačit příznaky, mezi něž patří právě například ztuhlost končetin. Při pobytu v nemocničním prostředí se nemocného ujme rehabilitační pracovník, který s nemocným cvičí a trénuje s ním určité dovednosti. Snahou fyzioterapeuta je také motivovat nemocného tak, aby nacvičené dovednosti podle instrukcí využíval i v domácím prostředí (Bednařík, Ambler, Růžička, & kol., 2010, str. 603).

S rehabilitací přímo souvisí i péče logopedická, pomocí níž specialisté pomáhají pacientům napravovat poruchy komunikace nebo polykání. Zatímco ještě na počátku 90. let minulého století se adekvátní pozornosti logopeda dostalo jen zlomku nemocných, zejména v poslední dekádě došlo k výraznému rozvoji nových metod v této oblasti. V zahraničí (konkrétně ve Velké Británii) je známá např. tzv. Lee Silvermann Voice Treatment (LSVT) neboli Silvermannova hlasová terapie, která klade důraz na práci s hlasem. Zaměřuje se nejen na posilování hlasitosti, ale také na výslovnost náročných slov s jejich častým opakováním. Nezbytné je, aby péče logopeda probíhala intenzivně, proto LSVT zahrnuje až šestnáct individuálních lekcí během jednoho měsíce (Jones, 2009, str. 149). V našich podmínkách probíhá péče obdobným způsobem, byť se na používání LSVT výslovně neodkazuje. Kromě práce s hlasem se klade důraz i na faciokinezi a fonorespiraci. Úlohou všeobecné sestry je počínat si ve zmiňované oblasti podle pokynů logopedického terapeuta (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 108).

## **2 Ošetrovatelská péče**

Kvalitní ošetrovatelská péče zahrnuje systematické hodnocení a plánování při uspokojování jednotlivých potřeb daného člověka. Děje se tak prostřednictvím ošetrovatelského procesu, díky němuž si sestra může dopředu naplánovat jednotlivé kroky a postupy, které vedou k co nejlepší péči o nemocného. Ošetrovatelský personál by se měl zabývat člověkem jako celkem, tedy i se všemi jeho bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami (Trachtová & kol., 2013, str. 9).

Při hospitalizaci nemocného je úlohou sestry zajistit aktuální a nemocným neuspokojované potřeby v takové míře, aby nemocný netrpěl nedostatkem. Do popředí zájmu ošetrovatelského personálu se dostávají zejména fyziologické potřeby (Krátká, 2007, str. 11).

Základem pro každého, kdo pečuje o nemocné, je podpora a snaha o co největší soběstačnost. Je důležité nechat nemocného, aby se alespoň pokusil zvládat běžné úkony a vytvořit pro něj individuální rozvrh dne a pravidelné činnosti přizpůsobit jeho aktuálním schopnostem. Především je důležité respektovat jeho pomalejší tempo, což vyžaduje trpělivý přístup. S postupem nemoci se však stále častěji stává, že již daný výkon nezvládnou provést a je třeba je zastoupit. V důsledku hybného postižení nastávají problémy nejčastěji při osobní hygieně, při oblékání, nebo při příjmu jídla a pití (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 129).

### **2.1 Ošetrovatelská péče o výživu**

Výživa patří mezi základní fyziologické potřeby, přičemž při správné životosprávě člověk uspokojuje potřebu dříve, než se stane aktuální. Výživa ovlivňuje celkový zdravotní stav, průběh léčby a v neposlední řadě také duševní pohodu (Trachtová & kol., str. 82).

Zásady správné výživy se u PN neliší od obecných doporučení. Je vhodné jíst pravidelně, malé porce a častěji, doporučuje se jíst pětkrát denně. Důležitá je pestrost jídelníčku, který by měl obsahovat všechny složky potravy. Příjem energie by měl být vždy vyvážený k jejímu výdeji, aby nedocházelo k výkyvům v podobě nárůstu nebo úbytku hmotnosti (Dostál & Chvístková, 2010, str. 28). S výživou také souvisí problém zácpy, který je u PN častý jev. Proto se doporučuje strava bohatá na zeleninu, ovoce a obilniny. Zvláště kompoty mají na zácpu dobrý vliv. Velmi důležitý je také příjem tekutin, a to až 2 litry denně.

Doporučuje se pít průběžně během dne, jelikož nemocní s PN často trápí pocit suchosti v ústech (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 68).

Při samotném jídle je pro nemocné stěžejním problémem třes rukou a ztuhlost končetin, proto je důležité, aby sestra byla na blízku a nemocnému popřípadě pomohla. Vhodné je nahradit vidličku a nůž lžící, hlavně u jídel typu rýže. Spíše než plochý talíř je lepší zvolit hluboký, či nerozbitnou misku, a je na místě používat pod nádobím i protiskluzové podložky. U podávání tekutin se doporučuje nahradit skleničku shora uzavřeným hrníčkem s brčkem (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 132).

U pacientů s PN může nastat problém s polykáním, a to již v počátečním stádiu onemocnění. V takovém případě nemocný potřebuje logopedickou terapii. V případě úbytku váhy ale nemocný může potřebovat i péči nutričního terapeuta (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 122). Důležité je také při jídle vyčkat na fázi „on“, aby nemocný měl dostatek síly k příjmu a rozžvýkání potravy (Dostál & Chvístková, 2010, str. 20). Sestra dbá na to, aby u jídla nemocný seděl stabilně, nejlépe s oporou zad a nohou. V případě suchosti v ústech je vhodné si pomoci tekutinami ke zvlhčení sousta. Někdy může pomoci i změna konzistence potravy, například mixovaná či kašovitá strava (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 132).

Léky je potřeba brát pravidelně a dodržovat rozestup jednotlivých dávek. Při pobytu v nemocnici je podávání léků v kompetenci sestry a je na ní, aby pravidelný interval dodržovala. Existuje také seznam léků, které by nemocný s PN neměl dostat, viz příloha B (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 133).

## **2.2 Ošetřovatelská péče o hygienu a oblékání**

Péče o tělesnou čistotu patří mezi základní fyziologické potřeby. Nemoc ale často mění nároky člověka na hygienickou péči a mění se i způsob uspokojování této potřeby. Rozhodujícím faktorem je míra soběstačnosti (Trachtová & kol., 2013, str. 51). Základní hygienické návyky zaberou u nemocného s PN více času. Je na místě vyčkat na vhodnou dobu, kdy je účinnost léku nejvyšší, neboť zručnost a automatické pohyby jsou díky ztuhlosti či třesu omezeny. Jemné manuální pohyby, mezi které patří česání, čištění zubů, mytí obličeje, jsou pro nemocného obzvlášť složitou situací, a proto je třeba na to pamatovat a případně pomoci. Vhodné je například nahradit manuální zubní kartáček elektrickým typem,

totéž platí i pro holicí strojky (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 130). Dále je možné nahradit obyčejnou mycí houbičku rukavicí, která dobře drží na ruce, nebo začít používat koupelnový kartáč na dlouhé rukojeti umožňující umýt záda i dolní končetiny bez ohýbání (Shelley, 2008, str. 35). Při hygieně je třeba přistupovat k nemocnému individuálně a brát zřetel na to, v jakém aktuálním stavu se právě nachází. Nemocný by neměl zůstat o samotě, jelikož může dojít k tzv. zamrznutí, kdy není schopen jakéhokoliv pohybu (Macháčková & Kottová, 2009).

Péče o kůži se nepochybně řadí k ošetrovatelské péči a souvisí s hygienou. Hodnocení stavu kůže patří mezi základní screeningové vyšetření a většinou se tak děje právě při hygienické péči. V posledním stádiu nemoci, kdy je nemocný upoután na lůžko a není schopný pohybu, je na ošetřujícím personálu, aby pohyb nemocného nahradil, a to pravidelnou změnou polohy neboli polohováním. Pokud se poloha dlouho nezmění, sníží se cirkulace krve, která vyživuje kůži, a proto může následně dojít k jejímu porušení (Trachtová & kol., 2013, str. 56). Inkontinence, ať už moči či stolice, jsou jedním z faktorů, které se významně podílí na vzniku proleženin, neboť svoji vlhkostí ovlivňují stav pokožky. Proto je třeba dbát zvýšené pozornosti o genitál a okolí konečníku (Výtejková, Sedlařová, Wirthová, & Holubová, 2011, str. 147).

Oblékání pro nemocného je stěžejním problémem, jelikož se stýká více příznaků, které oblékání ještě více stěžují a znemožňují. Asi největší potíží nastává při zapínání knoflíků a je proto vhodné informovat rodinu, jak může přizpůsobit oblečení. S oblékáním je lepší počkat až do tzv. fáze „on“, což lze ovlivnit tak, že se první dávka léku podá ihned po probuzení a čeká se na její účinnost. Oblečení je nejvhodnější z přírodních savých materiálů, jelikož se nemocní s PN více potí. Na místě je také péče o obuv z důvodu zvýšeného rizika pádu. Je proto dobré obuv přizpůsobit a mít ji na protiskluzových podrážkách s pevnou patou a bez tkaniček (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 130).

### **2.3 Ošetrovatelská péče o spánek**

Spánek patří mezi základní fyziologické potřeby a je důležitý pro zachování a udržení tělesného a duševního zdraví (Trachtová & kol., 2013, str. 69). Během spánku se nemocní potýkají s problémem, který jim znemožňuje jeho kvalitu. Jedná se o potíže s pohybem, hlavně s přetočením. Díky pevné a rovné matraci s lehkou přikrývkou lze do určité míry

pacientům pomoci. Nemocní s PN vlivem denní ospalosti navíc obtížněji usínají a brzy se budí. U některých pacientů se mohou během noci objevit stavy úzkosti a zmatenosti, kdy nemocní mají problém s orientací v prostoru. Prevencí může být lampička, která se nechá svítit celou noc, a přítomnost signalizačního zařízení v blízkosti (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 130). Ráno mohou vznikat tzv. dystonie, což jsou křeče s abnormálními polohami chodidel, které vznikají tehdy, je-li časový odstup od poslední dávky léků příliš dlouhý (Bonnet & Hergueta, 2012, str. 108).

## **2.4 Ošetrovatelská péče o psycho-sociální a spirituální potřeby**

Nemoc všeobecně mění obvyklý způsob života a dochází k neuspokojování řady potřeb. Na nově vzniklou situaci je zapotřebí adaptace, kdy dochází k vyrovnání se s nepříznivými projevy. *„Mnohdy nemoc narušuje či mění mezilidské vztahy, dochází k méně častému kontaktu se známými a blízkými lidmi, v případě hospitalizace naopak přináší nutnost vytvářet si nové vztahy k personálu a ke spolupacientům.“* (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011, str. 114). Vzájemný kontakt mezi nemocným a zdravotníkem je obzvlášť důležitý, neboť pobyt v nemocnici je sám o sobě pro nemocného nelehkým prostředím. Od zdravotníka se vyžadují zejména psychologické znalosti, ale i schopnost empatie, postřeh a pohotovost v dané situaci. Postavení zdravotní sestry je nelehké, neboť si musí v nemocném získat důvěru a projevovat notnou dávku trpělivosti a taktu. Role sestry vyžaduje více porozumění, laskavosti, což je základ proto, aby se správně zaslíbila do problémů a starostí nemocného (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011, str. 159).

Také rodina je v nemoci důležitým mezníkem v boji s psychikou, neboť společně s blízkými přáteli může sehrát pozitivní úlohu v psychické podpoře. Je zapotřebí, aby rodina úzce spolupracovala a byla spojencem zdravotníků. *„Jelikož ve většině případů je právě rodina aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení nemocného“* (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011, str. 167). Všeobecně každá nemoc v rodině působí negativně a naruší se rovnováha rodinného života. Zvláště poté, co dojde ke zjištění, že se jedná opravdu o nemoc závažnou a nevyhléditelnou. Proto být partnerem, nebo opravdu blízkým příslušníkem rodiny je fyzicky i emocionálně náročné (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011, stránky 166-167).

## **Sociální problematika u pacientů s PN**

Pokud si to nově vzniklá situace a aktuální zhoršený zdravotní stav žádá, podá lékař nemocnému a nejbližší rodině důležité informace a doporučí kontakt na sociálního pracovníka, který je schopný zajistit široké množství sociálních služeb. Mezi nejčastější poskytované služby patří domácí péče umožňující nemocnému zvládnout péči o sebe a o domácnost. Dojde-li u pacienta k takovému zhoršení stavu, že již není schopen vykonávat své stávající povolání, může začít zvažovat, zda mu nevzniká nárok na částečný či plný invalidní důchod. Problematiku upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Problematiku dávek pro osoby se zdravotním postižením pak upravuje zákon č. 329/2011 Sb., který mimo jiné obsahuje pravidla pro poskytování příspěvku na zvláštní pomůcku a příspěvku na mobilitu (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, str. 153).

## **Organizace pro nemocné**

### **Společnost Parkinson**

Díky společnosti, která nabízí pomocnou ruku nemocným a jejich blízkým může být život s PN o něco jednodušší a radostnější. Společnost Parkinson nabízí osvětu prostřednictvím společenských a sportovních akcí. Pro nemocné je příjemné, když změní jim známé prostředí a poznají nové lidi, kteří trpí podobnými obtížemi. Jelikož první zprávy o diagnóze PN jsou provázeny velkou psychickou zátěží, je pro lepší snášení zapotřebí mluvit se stejně postiženými lidmi a tato společnost jim to nabízí. Společnost byla založena již před 20 lety a v rámci svého programu vydává časopis Parkinson a zakládá jednotlivé kluby. V současné době najdeme už 21 klubů po celé České republice. Společnost je členem EPDA (evropská asociace PN) a společně se podíleli na vydání třídílné publikace s názvem „Život s Parkinsonovou nemocí“ (Roth, Sekyrová, & Růžička, 2009, stránky 199-201)

### **EPDA**

European Parkinson's disease association (Evropská asociace Parkinsonovy nemoci) je evropská nevládní a nezisková organizace zastřešující napříč Evropou 45 organizací zabývajících se PN v 36 domovských státech. Byla založena v roce 1992 v Mnichově a v Evropě je jedinou svého druhu. Hlavním posláním je poskytnutí mezinárodní platformy nejen pro vzájemný dialog organizací spjatých s PN, ale také těchto organizací se společnostmi z farmaceutického průmyslu nebo neurologickými organizacemi. Vizí asociace je umožnit až 1,2 milionu pacientů žít navzdory onemocnění plnohodnotný život a vyhledává



nové možnosti léčby. Za tímto účelem usiluje především o rovný přístup všech pacientů k léčebným možnostem bez ohledu na příslušnost ke konkrétnímu domovskému státu, odstranění stigmatizace choroby ve společnosti zvyšováním obecného a politického povědomí a naopak prezentaci nemoci jako výzvy pro moderní medicínu. Asociace je financována z poplatků jednotlivých členů, ale zejména pak ze sponzorských a grantových zdrojů. Na území České republiky je členem asociace Společnost Parkinson se sídlem v Praze zastřešují jako mateřská organizace další společnosti v zemi. Informace dostupné na webové stránce společnosti [www.epda.eu.com](http://www.epda.eu.com) (2015).

### **Spirituální potřeby**

V odborné literatuře se spirituální potřeby ve spojitosti s PN neobjevují, jelikož je ale důležité na pacienta pohlížet také holisticky, neměly by se opomenout. Existuje více úhlů, kterými lze na spiritualitu pohlížet, nicméně jedno z nejstarších a klasických pojetí nabízí křesťanská teologie. Přispívá k tomu i fakt, že křesťanství je nejrozšířenější jak u nás, tak i ve světě. Úlohou sestry při ošetřování „věřícího“ pacienta tak bude i snaha vycházet vstříc jeho spirituálním potřebám (Macháčková, 2011).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 3 Metodika

V praktické části jsou prezentovány tři kazuistiky pacientů s diagnózou Parkinsonovy nemoci. Informace obsažené v prezentovaných kazuistikách byly získány prostřednictvím metody pozorování, rozhovoru a studia zdravotnické dokumentace daných pacientů. Kritéria pro výběr respondentů: onemocnění, pohlaví – žena, věk – nad 60 let, hospitalizace a souhlas s výzkumem. Výzkum byl proveden na neurologickém oddělení v nemocnici okresního typu v období prosinec 2014 až únor 2015. Kazuistiky byly zpracovány pomocí modelu Marjory Gordonové a ošetrovatelské problémy byly shrnuty prostřednictvím terminologie ošetrovatelských diagnóz NANDA Internacionál, taxonomie II.

#### Metody u kvalitativního výzkumu

**Kazuistika** je specifickým případem kvalitativní metody, protože jde o výzkum na vzorku jedné osoby nebo situace. Kazuistiku lze charakterizovat jako ucelenou a podrobnou studii jednoho případu, kdy se popíše počátek a vývoj sledovaného fenoménu, např. onemocnění. **Kazuistika obsahuje:** anamnézu, katamnézu, analýzu, diskuzi a závěr. (Žiaková, 2009, stránky 264-266)

K získávání informací potřebných ke kvalitnímu výzkumu byla zvolena metoda **pozorování**, pomocí níž se cíleně sleduje se záměrem něco poznat či zjistit. Vědecké zkoumání je předem připravené. Cílem je orientovat se v určitých životních situacích a co nejpřesněji zachytit určité momenty objektivní skutečnosti, přičemž poznání má bezprostřední význam pro naši osobu (Žiaková, 2009, str. 164). Při pozorování účastnic výzkumu v nemocničním prostředí byla zvolena hodnotící kritéria se zaměřením na hodnocení potřeb pacientů v průběhu hospitalizace. Dále byl s pacientkami veden **polostrukturovaný rozhovor**, což je metoda, kdy část otázek je předem dána a část otázek je otevřena jako okruhy problémů s tím, že závěrem je ponechán prostor pro volné vyjádření respondenta (Žiaková, 2009, str. 158).

Za účelem sběru informací od pacientek byl zvolen model funkčních vzorců zdraví, podle Marjory Gordonové. Model se zaměřuje na jedince se všemi jeho bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami, a proto byl také vybrán. Obsah a koncepce modelu se

skládá z dvanácti vzorců zdraví: 1. vnímání zdraví; 2. výživa- metabolismus; 3. vylučování; 4. aktivita- cvičení; 5. spánek- odpočinek; 6. citlivost- poznávání; 7. sebepojetí- sebeúcta; 8. role- vztahy; 9. reprodukce- sexualita; 10. stres, zátěžové situace- zvládání, tolerance; 11. víra, životní hodnoty; 12. Jiné. Popis a hodnocení všech 12 vzorců zdraví umožní sestře rozeznat, zda se jedná o funkční zdraví - ve zdraví, nebo dysfunkční chování - v nemoci (Pavlíková, 2006, stránky 99-101).

Praktickým výstupem je vytvoření mapy péče popisující základní kroky v péči o nemocného. Mapa slouží k lepší orientaci ve zdravotnické dokumentaci a lze pomocí ní kontrolovat kvalitu poskytované péče.

### **3.1 Kazuistika č. 1**

První kazuistika popisuje onemocnění u sedmdesátileté nemocné s iniciály A. M., která nyní bydlí se svými příbuznými a zatím se o ni stará její manžel. První příznaky onemocnění nastaly již dříve, ale sama pacientka nevěnovala příznakům velkou pozornost, ostatně i při pozdějším vyšetření ji lékař sdělil, že se jedná pouze o esenciální tremor. Diagnózu Parkinsonova nemoc si poprvé vyslechla později, a to před deseti lety. Pacientka se věnovala pečení cukroví, ještě před dvěma lety pekla na svatby, ale s postupem nemoci již spoustu věcí sama nedokáže. Soběstačnost je díky rigiditě a velkému třesu, který je již na všech končetinách, značně omezena. Díky hybným komplikacím PN a třesu i na dolních končetinách dochází často k pádu. Manžel již sám péči o svou manželku nezvládá, proto jim byla nabídnuta domácí péče pětkrát týdně.

#### **Anamnestické údaje:**

Rodinná a osobní anamnéza:

V rodině se již Parkinsonova nemoc objevila, a to u dědečka a tatínka nemocné. Otec zemřel ve svých 80 letech a matka v 73 letech na rakovinu tlustého střeva. Nemocná má jednoho mladšího bratra, který žije, je mu 71 let a zatím je kromě vysokého krevního tlaku zdravý. Její dvě dcery jsou zdravé. Sama pacientka prodělala v dětství běžné dětské choroby. Alergie neudává. Nekouří a alkohol pije pouze svátečně. Kolem 50. roku života se objevila u pacientky arteriální hypertenze. Později hypercholesterolemie a osteoporóza. V 70 letech u ní byly objeveny jaterní cysty.

Pracovní a sociální anamnéza:

Nemocná je již v důchodovém věku a pobírá starobní důchod. Žije s manželem již přes 50 let. Vyučila se cukrářkou a celý život se věnovala svému povolání.

Základní fyzikální vyšetření sestrou:

<b>Systém</b>	<b>Objektivní údaje</b>
Hlava a krk	Maskovitý vzhled obličeje, hypomimie obličejových svalů.
Hrudník a dýchací systém	Dýchání čisté bez vedlejších fenoménů, pravidelné s frekvencí 15 dechů/min.
Srdečně-cévní systém	Krevní tlak 90/60. Možnost vzniku ortostatické hypotenze. Pulz pravidelný, dobře hmatný s frekvencí 68/min.
Břicho a trávicí systém	Břicho měkké, prohmatné. Stolice nepravidelná, možnost vzniku obstrukce.
Močově-pohlavní systém	Moč čirá, bez zápachu. Funkční inkontinence.
Kosterně-svalový systém	Typicky strnulé držení trupu v předklonu. Porucha rovnováhy. Snížená pohybová aktivita. Třes se objevuje na horních i dolních končetinách. Rigidita celého těla. Snížená obratnost prstů.
Nervově-smyslový systém	Při vědomí, klidná. Orientovaná časem, místem i osobou. Bez známek poruch paměti. Komunikace verbální, reaguje adekvátně.
Kůže a její adnexa	Kožní turgor je přiměřený. Viditelná dermatitida na obličeji. Zvýšeně se potí, mastná pokožka. Nehty upravené. Vlasy prořídle a prošedivělé.
Endokrinní systém	Hodnota glykémie zvýšena. Diagnostikována porucha glukózové tolerance.
Imunologický systém	Alergie neudává. Tělesná teplota fyziologická 36,8 °C.

Informace z ordinace lékaře:

Medikamentózní terapie per os:

RIVOTRIL (Antiepileptikum) 1-0-1

CITALEC (Antidepressivum) 1-0-0

DEPAKINE CHRONO 500 mg. (Antiepileptikum) 1-0-1

NAKOM (Antiparkinsonikum) 7:00, 13:00, 19:00 1-1-1

TRITACE 5 mg. (Hypotenzivum) DLE KREVNÍHO TLAKU

MOTILIUM (Antiemetikum) 1-0-1

MIRTAZAPIN 30 mg. (Antidepressivum) 0-0-1

Lékařské diagnózy:

Parkinsonova choroba

Deprese

Arteriální hypertenze

Hypercholesterolémie

Osteoporóza

Měření dle škál:

**Barthelův test základních všedních činností:** Nemocná získala v testu, který hodnotí stupeň závislosti v denních činnostech, pouze **25** bodů.

**Riziko vzniku dekubitů podle stupnice Nortonové:** Pacientka získala **22** bodů.

**Hodnocení rizika pádu (viz příloha C):** Nemocná v testu získala **5** bodů.

### 3.1.1 Ošetřovatelská anamnéza

#### 1. Doména: Vnímání zdraví

**Subjektivně:** „Vnímám svůj aktuální stav velmi špatně, cítím, že spoustu věcí již nezvládám a připadá mi, že je všem na obtíž. V poslední době jsem často hospitalizovaná.“

**Objektivně:** Pozorováním pacientky lze vypočítat úzkost, chybí nadšenost pro denní aktivity. Hospitalizace je u pacientky cca 2x do roka pro progresi daného onemocnění. Předepsanou medikaci pravidelně užívá. Nikdy nekouřila, alkohol pouze příležitostně. Alergie nemá. V dodržování léčebných a ošetřovatelských opatření není příliš důsledná.

## **2. Doména: Výživa a metabolismus**

**Subjektivně:** „Chuť k jídlu mám dobrou, ale třes rukou a ztuhlost končetin mi komplikuje příjem stravy. Musí mi někdy pomoci rodina. Stravuji se 6x denně po malých porcích. S polykáním problém nemám. Za 24 hodin vypiji cca 1,5 l.“

**Objektivně:** Zjištěný DM II. typu. Dietu dodržuje, stravuje se 6x denně. Váží 75 kg a měří 168 cm. BMI je 26,6. Nemá potřebu žízně, je zapotřebí aktivně nabízet tekutiny. Poté vypije 1,5 l tekutin, převážně čaj a vodu. Zubní protézu má horní i dolní. Dieta č. 9. Polykání bez potíží. Stav kůže a sliznic je fyziologický. Drobná poranění se hojí dobře.

## **3. Doména: Vylučování**

**Subjektivně:** „Mám problém s vyprazdňováním moči, jsem inkontinentní, používám jednorázové inkontinentní pomůcky. I s vyprazdňováním stolice mám potíže, trpím zácpou. Na stolicí jdu tak 1x za 4 dny a vyprazdňování je pro mě bolestivé.“

**Objektivně:** Pro funkční inkontinenci jsou používané jednorázové inkontinentní pomůcky. K léčbě zácpy se podává dieta s více zastoupenou složkou vlákniny. Doma i během hospitalizace se preventivně podává Lactulosa 3x denně. Při neúspěchu se poté aplikují glycerinové čípky nebo aplikuje Yal roztok. Na WC zvládne na vozíku a s pomocí druhé osoby.

## **4. Doména: Aktivita – cvičení**

**Subjektivně:** „Nyní mě moc věcí nebaví, v nemocničním prostředí se snažím zabavit televizí nebo rádiem, ale nejraději mám klid.“

**Objektivně:** Pacientka nad aktivitou z počátku rezignovala, v rehabilitaci, která je jí poskytována 2x denně příliš nespolupracuje. Doma se cvičení také moc nevěnuje. Raději leží. Pouze k jídlu se posadí se spuštěnými dolními končetinami, na WC a do sprchy je vezena na vozíčku, potřebuje úplný dohled.

## **5. Doména: Spánek a odpočinek**

**Subjektivně:** „Se spánkem je to v poslední době horší. Usínám brzo, většinou kolem 19:00. Probudím se v noci a již nezaberu. Po probuzení se cítí neodpočinitá.“

**Objektivně:** Pacientka pospává přes den a usíná již kolem 19:00, v noci se probudí a vyžaduje hypnotika. Někdy je u pacientky zapotřebí pomoci s polohováním pro výraznou ztuhlost. Zvyky při usínání nemá, vyžaduje pouze vyvětrat pokoj.

## **6. Doména: Vnímání – poznávání**

**Objektivně:** Pacientka nosí brýle na čtení. Nedoslýchá, je proto zapotřebí zvýšit hlas. Vědomí je jasné, plně orientovaná. Doma používá 2 francouzské hole. V nemocničním prostředí je nezvládá, zvláště pro hybné komplikace onemocnění. Na WC a do sprchy je vezena na vozíčku. Pro vysoké riziko pádu je poučena o včasném zavolání ošetřovatelského personálu. Komunikace s pacientkou je dobrá, výzvě vyhoví. Udává bolesti kloubů a bolesti dolních částí zad s propagací do dolní končetiny, jsou chronického rázu.

## **7. Doména: Sebeúcta - sebepojetí**

**Subjektivně:** „Nyní vnímám sama sebe jako někoho, kdo obtěžuje svým onemocněním okolí. Jsem spíše pesimistická.“

## **8. Doména: Role – vztahy**

**Subjektivně:** „Vztahy v rodině mám velmi dobré. Rodina mě drží nad vodou. Bydlím s rodinou v malém domečku na vesnici, po propuštění se o mě postará můj manžel a požádali jsme o pomoc i domácí péči.“

**Objektivně:** Pacientka má velmi časté návštěvy, po návštěvě je pacientka veselá a spokojená.

## **9. Doména: Sexualita – reprodukční schopnost**

**Subjektivně:** „Klimakterium mám od 58. roku věku. Preventivní gynekologické prohlídky navštěvuji pravidelně.“

## **10. Doména: Stres, zvládání situace**

**Subjektivně:** „Dříve, když mě něco trápilo, bavila jsem se pečením. To mi přinášelo radost. Nyní dosavadní situaci zvládám za pomoci rodiny.“

**Objektivní:** Stres zvládá obtížně. Pacientka je úzkostlivá, dle lékařského záznamu trpí depresi. Užívá antidepresiva.

## **11. Doména: Víra a životní hodnoty**

**Subjektivně:** „Jsem věřící. Mrzí mě, že už nezvládám chodit do kostela. Využila bych možnost návštěvy kněze.“

### 3.1.2 Diagnostika, plánování a hodnocení ošetrovatelských problémů

**Chronické bolesti dolních částí zad a kloubů (00133)** v důsledku osteoporózy a chronického algického syndromu, s určujícími znaky: uvádí bolest.

#### **Očekávaný výsledek:**

- Pacientka bude udávat zmírnění bolestí a po podání analgetik bolest ustoupí cca do 30 minut.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Monitoruj charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti dle VAS (vizuální analogová škála).
- Informuj pacientku o možnostech tlumení bolesti.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek analgetik.
- Prováděj masáž zad za pomoci chladivého mazání.
- Zajisti cvičení s fyzioterapeutem.

**Hodnocení:** Cíl se podařilo splnit pouze částečně, neboť se jedná o chronickou nemoc. V případě silné bolesti se podařilo bolest zmírnit pomocí analgetik, ale za hospitalizace byla pacientka většinu času bez analgetik. Následně při pozorování pacientky docházelo ke zvýšení aktivity, díky individuálnímu plánu fyzioterapeuta. Ošetrovatelský personál prováděl masáž zad a aktivně se podílel na mobilizaci nemocné.

**Zácpa (00011)** způsobená sníženou aktivitou a vlivem dlouhodobého užívání léčby s určujícími znaky: bolest při defekaci, námaha při defekaci, snížená frekvence stolice, tvrdá a formovaná stolice.

#### **Očekávaný výsledek:**

Pacientka se bude vyprazdňovat pravidelně alespoň co 3 dny a vyprazdňování nebude bolestivé.



**Ošetrovatelské intervence:**

- Aktivizuj nemocnou.
- Zajisti ve stravě dostatek vlákniny.
- Zajisti dostatečný přísun tekutin.
- Podej laxativa dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek laxativ.
- Kontroluj frekvenci a charakter stolice.
- Zajisti soukromí při defekaci.

**Hodnocení:** Cíl se podařilo splnit. Během hospitalizace, byla pacientka více aktivní a díky dostatečnému příjmu vlákniny v potravě a dostatečnému příjmu tekutin, se podařilo frekvenci vyprazdňování snížit na 3 dny a defekace nebyla pro pacientku již tak bolestivá.

**Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)** související se strachem z pádu a jako následek onemocnění s určujícími znaky: obtíže při otáčení, omezená schopnost provádět jemné a hrubé motorické dovednosti, posturální nestabilita, změny chůze, např. zpomalené tempo chůze, obtížný začátek chůze, malé krůčky, šouravá chůze.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky se zlepší alespoň částečně pohyblivost a získá větší jistotu při chůzi.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Posuď úroveň soběstačnosti dle Barthelova testu základních všedních činností.
- Informuj o riziku pádu.
- Zajisti k lůžku signalizační zařízení.
- Zajisti dopomoc při sebezpečí v jednotlivých denních činnostech.
- Spolupracuj s fyzioterapeutem.
- Spolupracuj s rodinou, zejména při zajištění vhodné obuvi.
- Zajisti používání kompenzačních pomůcek.

**Hodnocení:** Cíl se podařil splnit částečně, jelikož při přijetí byla pacientka neaktivní, snažila se méně, proto se pohyblivost v rámci možností zlepšila. Díky aktivnějšímu cvičení

a individuálnímu plánu s fyzioterapeutem se podařilo pacientku vrátit k francouzským holím, ale na invalidním vozíku se cítí bezpečněji.

**Deficit sebezpečí při oblékání (00109)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: Zhoršená schopnost se obléknout, obléct si potřebné části oděvu, obléct si ponožky.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka bude zvládat sebeobsluhu v rámci oblékání dle svých možností a aktuálního zdravotního stavu.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zhodnot' úroveň sebezpečí při oblékání dle Barthelova testu.
- Buď trpělivá a empatická.
- Denně realizuj nácvik oblékání.
- Dopomáhej dle potřeby.
- Podporuj pacientku při oblékání.
- Připrav potřebné oblečení k lůžku.
- Počkej na vhodnou dobu, nejlépe po podání levodopy.
- Spolupracuj s rodinou, zejména při zajištění vhodného oblečení.

**Hodnocení:** Cíl se podařil splnit částečně. Při oblékání potřebuje výraznou pomoc, ale zlepšil se přístup a aktivita.

**Deficit sebezpečí při koupání (00108)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost dostat se do koupelny, neschopnost umýt si tělo, neschopnost usušit si tělo.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka bude provádět hygienu na úrovni svých schopností.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zhodnot' úroveň sebezpečí při provádění hygieny dle Barthelova testu.

- Zajisti pomoc při vykonávání hygieny.
- Zajisti soukromí a bezpečnost.
- Zkontroluj, zda je na dosah signalizační zařízení a zda je funkční.
- Buď trpělivá a empatická.
- Poskytni vždy čisté prádlo.
- Prováděj péči o kůži.
- Aktivizuj nemocnou.
- Zajisti pravidelnou péči o dutinu ústní.
- Spolupracuj s rodinou, hlavně při zajištění individuálních pomůcek (například elektrický zubní kartáček, koupelnový kartáč s dlouhou rukojetí).

**Hodnocení:** Cíl se podařil splnit částečně, při vykonávání hygieny potřebuje stále výraznou pomoc. Při vyčkání na vhodnou dobu tzv. fáze „on“ si pacientka zvládne umýt alespoň horní polovinu těla.

**Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost manipulovat s oblečením během vyprazdňování, neschopnost provést řádnou hygienu, neschopnost přemístit se na toaletu či pojízdný klozet, neschopnost vstát z toalety.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka prokazuje, zvýšenou schopnost se sama vyprázdnit. Zvládne přesun na pojízdný klozet přistavený k lůžku.

**Očekávané intervence:**

- Posud' a zaznamenej stupeň sebeděče při vyprazdňování dle Barthelova testu.
- Zajisti soukromí a bezpečnost.
- Zkontroluj, zda je na dosah a funkční signalizační zařízení.
- Aktivizuj nemocnou.
- Poskytni vždy čisté prádlo.
- Prováděj péči o kůži.
- Zajisti, aby pacientka měla vždy čistou a suchou pokožku.
- Udržuj přiměřenou hydrataci.

- Realizovat opatření proti dekubitům.
- Zajisti u nemocné výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.

**Hodnocení:** Cíl se nepodařil splnit. U lůžka přiložený pojízdný klozet sama nezvládá. Přesun na pojízdný klozet či převoz na WC je vždy na ošetřovatelském personálu. Výměna jednorázových inkontinentních pomůcek a důkladná hygiena po vyprázdnění je také na ošetřujícím personálu.

**Deficit sebepečce při stravování (00102)** v souvislosti s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům, neschopnost dostat jídlo na příbor.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka získá schopnost postarat se o sebe při stravování.

**Očekávané intervence:**

- Zhodnot' úroveň soběstačnosti při stravování dle Barthelova testu.
- Uprav vhodnou polohu k jídlu (stabilní polohu s oporou zad i nohou).
- Zajisti potřebné a dostupné pomůcky ke stravování (například nerozbitné misky, protiskluzové podložky)
- Zajisti v případě potřeby pomoc.
- Podávej stravu vždy esteticky upravenou.
- Podávej nemocné správnou a přidělenou dietu.
- Sleduj chuť k jídlu.
- Dbej na dostatek tekutin během jídla.

**Hodnocení:** Cíl se podařil splnit částečně. Při posazení s dolními končetinami z postele je pacientka schopná tuhou stravu dopravit sama do úst, ale při stravě tekuté, například polévky potřebuje dopomoc od ošetřovatelského personálu.

**Nespavost (00095)** narušení množství a kvality spánku s určujícími znaky: pacientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem, uvádí nedostatečnou regeneraci spánkem, uvádí nedostatek energie, pacientka uvádí potíže se spaním, pozorované změny emocí.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka dosáhne pravidelného a dostatečně dlouhého spánku, přesněji bude spát nejméně 6 hodin bez probuzení. Bude se cítit po probuzení odpočínutá.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zajisti vhodné a ničím nerušené prostředí pro spánek.
- Zajisti určité rituály před spaním, pokud je na to pacientka zvyklá.
- Před spaním vyvětrej pokoj.
- Aktivizuj pacientku v průběhu celého dne.
- Dbej na čistotu ložního prádla.
- Podávej hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj účinek.
- Zajisti před spaním vhodnou polohu.
- Podávej analgetika 30 minut před spaním.
- Zajisti vyprázdnění močového měchýře před spaním.
- Zajisti signalizační zařízení na dosah.
- Použij noční osvětlení.

**Hodnocení:** Cíl se podařil splnit, pacientka se snaží být přes den aktivnější. V noci spí více jak 6 hodin bez probuzení.

**Riziko pádu (00155)** v souvislosti s onemocněním, které se projevuje výrazným třesem a ztuhlostí.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky nedojde během hospitalizace k pádu.

**Očekávané intervence:**

- Zhodnot' riziko pádu.
- Informuj o možnosti přivolání ošetrovatelského personálu.
- Zkontroluj, zda je signalizační zařízení na dosah a zda je funkční.

- Připrav potřebné věci a noční stolek na dosah.
- Zkontroluj, jestli má pacientka vhodnou obuv.
- Zajisti vhodné noční osvětlení.
- Odstraň překážky z okolí, které by mohly způsobit pád.

**Hodnocení:** Cíl se podařilo splnit. Během hospitalizace nedošlo u pacientky k pádu.

**Riziko narušení integrity kůže (00047)** související s fyzickou imobilizací a inkontinencí moče

**Očekávaný výsledek:** U pacientky nedojde během hospitalizace k poruše kožní integrity.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zhodnot' stupeň rizika narušení kůže dle Nortonové stupnice.
- Zajisti mobilizaci u pacientky, v případě potřeby polohování.
- Zajisti pravidelnou péči o kůži a denně ji kontroluj.
- Zajisti vždy čisté prádlo, jak osobní tak ložní.
- Zajisti častou výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.
- Udržuj vždy vypnuté prostěradlo a dbej na celkovou údržbu lůžka.

**Hodnocení:** Během doby pobytu v nemocnici nedošlo k poruše kožní integrity, cíl se tedy podařilo splnit.

**Funkční inkontinence moči (00020)** související s neuromuskulárním omezením s určujícími znaky: čas potřebný k dojití na toaletu přesahuje čas mezi pocítěním potřeby vyprázdnit močový měchýř a jeho nekontrolovatelným vyprázdněním.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky dojde k minimalizaci potíží při močení.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjisti úroveň sebeděče dle Barthelova testu.

- Zajisti včasnou pomoc při přesunu na WC.
- Zajisti soukromí a dostatek času na vyprázdnění.
- Zajisti výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.
- Reguluj příjem tekutin, hlavně před spaním.
- Zajisti vyprázdnění močového měchýře před spaním.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Během hospitalizace byl ošetřující personál vždy na blízku a pomohl pacientce včas na WC. Preventivní jednorázové inkontinentní pomůcky byly ošetřujícím personálem pravidelně vyměňovány.

**Úzkost a strach (00146)** související s progredující fází onemocnění.

**Očekávaný výsledek:** U nemocné dojde ke zmírnění úzkosti a strachu.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Naslouchej nemocné.
- Buď empatická a trpělivá.
- Udělej si více času a komunikuj s nemocnou.
- Informuj lékaře a v případě potřeby kontaktujte odborníka (psychologické konzilium).

**Hodnocení:** Pacientka je stále mírně úzkostlivá, má strach z budoucnosti. U pacientky navíc psychické problémy prohlubuje i diagnostikovaná deprese. Cíl se podařil splnit pouze částečně.

### **3.2 Kazuistika č. 2**

Druhá kazuistika byla provedená u osmdesátijednaleté pacientky s iniciály H. J. Pacientka žije ve svém domě, zatím se o sebe dokáže postarat sama a občas k ní dochází na pomoc vnučka. Pro časté pády a progresi onemocnění byla nevyhnutelná hospitalizace. První příznaky nebyly typické, odhaduje, že před 11 lety docházelo k nevysvětlitelným pádům. K lékaři nešla. Diagnóza PN ji byla sdělena cca před 8 lety, kdy se objevil typický třes na pravé horní končetině. Třes se postupně dostával na všechny končetiny. Nyní je třes velmi výrazný, ale s nastavenou léčbou je snesitelný. Po podání léčiv je schopná pomocí chodítka zvládnout péči

o sebe, ale není si již tak jistá a má strach, jelikož v poslední době byly pády velmi časté. Poslední pád skončil frakturou nosní kůstky.

### **Anamnestické údaje:**

Rodinná a osobní anamnéza:

Matka zemřela ve svých 71 letech na generalizované onkologické onemocnění. Jinak je rodinná anamnéza bezvýznamná. Pacientka v dětství prodělala běžné dětské choroby. Alergii neudává. Nekouří, alkohol nepije. Trápí ji kolísavý tlak a dlouhodobě chronické vertigo.

Úrazy: Fraktura palce pravé horní končetiny a nyní fraktura nosní kůstky.

Pracovní a sociální anamnéza:

Pacientka žije ve svém domě, nyní sama. Před 3 lety ji umřel manžel. Na pravidelnou návštěvu chodí vnučka cca 5 x týdně. Důchodce, dříve pracovala jako elektrikářka.

Základní fyzikální vyšetření sestrou:

<b>Systém</b>	<b>Objektivní údaje</b>
Hlava a krk	Hypomimie obličejových svalů.
Hrudník a dýchací systém	Dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů, s pravidelnou frekvencí 16 dechů/min.
Srdečně-cévní systém	Krevní tlak 140/70. Tepová frekvence pravidelná 61/min, tep dobře hmatný.
Břicho a trávicí trakt	Břicho měkké, prohmatné. Peristaltika normální, stolice pravidelná, bez patologických příměsí.
Močově-pohlavní systém	Moč čirá, bez zápachu. Funkční inkontinence.
Kosterně-svalový systém	Flekční držení celého těla. Porucha rovnováhy, během chůze se často objevuje freezing. Chůze je pomalá s drobnými a šouravými kroky. Potíže se změnou polohy. Tremor horních i dolních končetin.
Nervově-smyslový systém	Pacientka je při vědomí, klidná, orientovaná místem, časem a osobou. Bez známek poruch paměti. Komunikace je hůře srozumitelná pro dysartrii. Polykání bez poruch.



Kůže a její adnexa	Pocení přiměřené, mastná pokožka. Nehty upravené. Vlasy prošedivělé.
Imunologický systém	Alergie neudává. Kůže bez přítomnosti ekzému. Fyziologická teplota 36,6 °C

Informace z ordinace lékaře:

Medikamentózní terapie per os:

Stalevo 200 mg 4x 1 TBL (Antiparkinsonikum)

Madopar 250 mg 1/5 TBL po 6 hodinách 1:00, 7:00, 13:00, 19:00 (Antiparkinsonikum)

Zaldiar při bolestech (Analgetikum-anodynum)

Magnosolov 1 sacc. denně

Lékařské diagnózy:

Parkinsonský syndrom

Chronický VAS

Chronické vertigo

Měření dle škál:

**Barthelův test základních lidských činností:** V testu získala nemocná **60** bodů.

**Riziko vzniku dekubitů podle stupnice Nortonové:** Pacientka získala **27** bodů.

**Hodnocení rizika pádu (viz příloha C):** Pacientka získala **5** bodů.

### 3.2.1 Ošetrovatelská anamnéza

#### 1. Doména: Vnímání zdraví

**Subjektivně:** „Své zdraví zatím vnímám docela pozitivně. Vím ale, že dlouho již nezůstanu soběstačná a budu muset začít řešit, co dál a kdo se o mě postará.“

**Objektivně:** Pacientka je na neurologickém oddělení hospitalizovaná cca 1x ročně. Pravidelně užívá naordinovanou léčbu a pravidelně se doma věnuje cvičení. Důsledně dodržuje léčebná a ošetrovatelská opatření. Pravidelné lékařské prohlídky navštěvuje. Nikdy nekouřila, alkohol pouze příležitostně.

## **2. doména: Výživa a metabolismus**

**Subjektivně:** „Poslední dobou jsem mírně zhubla, přes den mám menší chuť k jídlu. Chuť se objeví většinou až v noci. Jím malé porce, polykání mám dobré. Třes mi znesnadňuje příjem potravy, ale zvládám zatím obsluhu sama. Tekutiny se snažím přijímat dostatečně 1,5 až 2 l, většinou střídám čaj s vodou, nebo minerální vodou.“

**Objektivně:** Pacientka sní celé porce, ale vyžaduje menší porce stravy. Výška 165cm a váha 65 kg. BMI je 23,8, kategorie odpovídá ještě normě. Příjem tekutin je dostatečný. Má horní a dolní zubní protézu. Dieta základní č. 3. Stav sliznic a kůže je fyziologický.

## **3. Doména: Vylučování**

**Subjektivně:** „Dříve jsem měla problém se zácpou, ale samovolně se mi stav upravil. Stolicí mám nyní pravidelnou, a to 1x denně. Stolice je normální konzistence. Mám inkontinenci moči, proto používám jednorázové inkontinentní pomůcky.“

**Objektivně:** Funkční inkontinenci moči. Pocení je přiměřené.

## **4. Doména: Aktivita – cvičení**

**Subjektivně:** „Chůzi zvládám za pomoci chodítka na kolečkách, ale nyní se cítím nejistá pro časté pády. Vyžaduji proto mírnou dopomoc od ošetrovatelského personálu. Když jsou příznaky PN mírné, tak se snažím aktivně cvičit.“

**Objektivně:** S pomocí je soběstačná, mobilní pomocí svého chodítka. Chůze je mírně nestabilní pro poruchu rovnováhy. Pacientka má problém s nastartováním jakéhokoliv pohybu. Převažuje ztuhlost a třes všech končetin. 2x denně pacientku navštěvuje rehabilitační pracovnice, při cvičení je vždy aktivní.

## **5. Doména: Spánek a odpočinek**

**Subjektivně:** „Přes den se snažím nespávat. Usínám většinou kolem 20:00, spím do půlnoci a pak třeba do 3:00 nespím, poté zase usínám a spím tak do 7:00. Po probuzení se cítím odpočatá. Když se probudím kolem půlnoci, tak si vezmu od sestřiček prášek na spaní.“

**Objektivně:** Pacientka usíná kolem 20:00, většinou se kolem půlnoci probudí a vyžaduje hypnotika, dle ordinace lékaře jsou podány a pacientka spí do 7:00 do rána. Někdy vyžaduje polohování pro výraznou ztuhlost.

## **6. Doména: Vnímání – poznávání**

**Subjektivně:** „Hůře se mi mluví. Používám brýle. Slyším méně, ale naslouchátko ještě nemám.“

**Objektivně:** Při vědomí a plně orientovaná. Komunikace dysartrická, ale verbální komunikace prozatím možná. Zrak zhoršený, používá kompenzační pomůcky v podobě brýlí. Udává bolesti dolních částí zad, ale i bolesti kolenních kloubů a ramen při prokázaných těžkých degenerativních změnách skeletu.

## **7. Doména: Sebeúcta – sebepojetí**

**Objektivně:** Pacientka působí milým dojmem. Náladu má dobrou a je i při tak závažném onemocnění optimistická. Komunikativní, chce si povídat, pozitivně naladěná.

## **8. Doména: Role – mezilidské vztahy**

**Objektivně:** Pacientka bydlí sama, je vdova. Pravidelně k pacientce dochází vnučka, mají mezi sebou velmi pěkný vztah.

## **9. Doména: Sexualita – reprodukční schopnost**

**Subjektivně:** „Klimakterium od 47 let, aktuálně jsem bez gynekologických potíží. Gynekologické preventivní prohlídky navštěvuji pravidelně“.

## **10. Doména: Stres, zvládnutí situace**

**Subjektivně:** „Mezi mé nejčastější stresové faktory patří strach z progresu onemocnění a hospitalizace, ale snažím se i v nemocnici myslet na něco jiného, než na nemoc. Když mi to třes dovolí, tak se ráda věnuji pletení. Dříve jsem se od stresu odreagovala cestováním, ale to už bohužel není za dané situace možné“.

## **11. Doména: Víra a životní hodnoty**

**Subjektivně:** „Jsem bez náboženského vyznání. Nevyžaduji návštěvu duchovního. Přála bych si být co nejdéle soběstačná.“

### **3.2.2 Diagnostika, plánování a hodnocení ošetrovatelských problémů**

**Chronické bolesti (00133)** dolních částí zad a kloubů související s těžkými degenerativními změnami. S určujícími znaky: uvádí bolest.

**Očekávaný výsledek:** Pacientce nebudou bolesti překážet v běžných činnostech a bude udávat zmírnění bolesti cca 30 minut po podání analgetik.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Monitoruj charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti dle VAS (vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti).
- Informuj pacientku o možnostech tlumení bolesti.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek analgetik.
- Prováděj masáž zad za pomoci chladivého mazání.
- Zajisti cvičení s fyzioterapeutem.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka má bolesti již dlouhodobě, na bolest ji nejvíce zabírá lék Zaldiar. Bolest neomezuje pacientku v běžných denních činnostech.

**Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)** související se strachem z pádu a jako následek onemocnění s určujícími znaky: obtíže při otáčení, omezená schopnost provádět jemné a hrubé motorické dovednosti, posturální nestabilita, změny chůze, např. zpomalené tempo chůze, obtížný začátek chůze, malé krůčky, šouravá chůze.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky se zlepší alespoň částečně pohyblivost a získá větší jistotu při chůzi.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Posud' úroveň soběstačnosti dle Barthelova testu.
- Informuj o riziku pádu.
- Zajisti k lůžku signalizační zařízení.
- Zajisti dopomoc při sebepěči v jednotlivých denních činnostech.
- Spolupracuj s fyzioterapeutem a používej doporučené kompenzační pomůcky.
- Zajisti vhodnou obuv.

**Hodnocení:** Pacientka je snaživá a aktivně cvičí individuální plán s fyzioterapeutem. Cítí se při chůzi jistější, ale stále má strach z pádu. Cíl byl splněn částečně.

**Deficit sebepečce při oblékání (00109)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: Zhoršená schopnost se obléknout, obléct si potřebné části oděvu, obléct si ponožky.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka bude zvládat sebeobsluhu v rámci oblékání dle svých možností a aktuálního zdravotního stavu.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zhodnot' úroveň sebepečce dle Barthelova testu při oblékání.
- Buď trpělivá a empatická.
- Denně realizuj nácvik oblékání.
- Dopomáhej dle potřeby.
- Podporuj pacientku při oblékání.
- Připrav potřebné oblečení k lůžku.
- Počkej na vhodnou dobu, nejlépe po podání levedopy.

**Hodnocení:** Pacientka se snaží o sebeobsluhu v rámci oblékání, ale dopomoc ošetřovatelského personálu je zapotřebí. Zvlášt' při oblékání kalhot a ponožek. Cíl byl splněn částečně.

**Deficit sebepečce při koupání (00108)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost umýt si tělo, neschopnost usušit si tělo.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka bude provádět hygienu na úrovni svých schopností.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zhodnot' úroveň sebepečce dle Barthelova testu při provádění hygieny.
- Zajisti pomoc při vykonávání hygieny.

- Zajisti soukromí a bezpečnost.
- Buď trpělivá a empatická.
- Poskytni vždy čisté prádlo.
- Prováděj péči o kůži.
- Aktivizuj nemocnou.
- Počkej na vhodnou dobu, nejlépe po podání levodopy.
- Zajisti pravidelnou péči o dutinu ústní.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka provádí hygienu dle aktuálního stavu a na úrovni svých možností. Je snaživá a s ošetřujícím personálem spolupracuje. U pacientky je zapotřebí dopomoc při hygieně dolní poloviny těla.

**Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost manipulovat s oblečením během vyprazdňování, neschopnost provést řádnou hygienu.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka prokazuje zvýšenou schopnost postarat se o sebe při vyprazdňování. Za doprovodu ošetřujícího personálu dojde na WC za pomoci svého chodítka.

**Očekávané intervence:**

- Posud' a zaznamenej stupeň sebeděže při vyprazdňování.
- Zajisti soukromí a bezpečnost.
- Zkontroluj, zda je na dosah a funkční signalizační zařízení.
- Aktivizuj nemocnou.
- Poskytni vždy čisté prádlo.
- Prováděj péči o kůži.
- Zajisti, aby pacientka měla vždy čistou a suchou pokožku.
- Udržuj přiměřenou hydrataci.
- Realizovat opatření proti dekubitům.
- Zajisti u nemocné výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka své chodítko zvládá. Je spolupracující a snaživá. Ošetrovatelský personál musí dopomoc akorát při hygieně po vyprázdnění a pomoci s obléknutím jednorázových inkontinentních natahovacích kalhotek.

**Riziko pádu (00155)** v souvislosti s onemocněním, které se projevuje výrazným třesem a ztuhlostí.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky dojde k eliminaci pádu.

**Očekávané intervence:**

- Zhodnot' riziko pádu.
- Informuj o možnosti přivolání ošetrovatelského personálu.
- Zkontroluj, zda je signalizační zařízení na dosah a zda je funkční.
- Připrav potřebné věci a noční stolek na dosah.
- Zkontroluj, jestli má pacientka vhodnou obuv.
- Zajisti vhodné noční osvětlení.
- Odstraň překážky z okolí, které by mohly způsobit pád.

**Hodnocení:** Cíl se podařilo splnit. Během hospitalizace nedošlo u pacientky k pádu.

**Zhoršená verbální komunikace (00051)** s určujícími znaky: potíže s tvorbou slov (dysartrie), neschopnost použít mimiku (hypomimie), špatná artikulace, drmolení.

**Očekávaný výsledek:** S pacientkou bude možná verbální komunikace.

**Očekávané intervence:**

- Buď trpělivá a empatická.
- Mluv na pacientku pomalu a v krátkých větách.
- Informuj lékaře a zajisti logopedické konzilium.
- Zapoj rodinu i pacienta do rozvoje komunikace.
- Povzbudit pacienta, aby mluvil pomalu.

- Používej i neverbální komunikaci.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn, s pacientkou, pokud mluví pomalu, je verbální komunikace možná a srozumitelná.

### 3.3 Kazuistika č. 3

Třetí kazuistika byla provedena u sedmdesátidevítileté pacientky s iniciály J. V. Při rozhovoru paní leží v posteli, nejeví známky emocí pro hypomimii, je znát lehce zpomalené psychomotorické tempo. Odpovídá s prodlevou, ale komunikace srozumitelná. Pacientka vypráví, že žije se svoji dcerou v městském domě, díky imobilitě jí museli dům bezbariérově zpřístupnit. Na prvotní příznaky PN si již moc nepamatuje, akorát vzpomíná, že nemoc začala tak před 18 lety a vybavuje si, že začala nejspíš ztuhlostí končetin. Ztuhlost končetin přetrvává, třes udává díky medikaci mírný.

#### Anamnestické údaje

Osobní a rodinná anamnéza:

U pacientky je diagnostikovaná Parkinsonova nemoc. Dále Hypothyreóza, VAS chronický víceetážový a stav po recidivujících zánětech levého ucha v roce 2005.

Operace: APPE, TEP coxae l. dx. v 10/10/05. Operace katarakty bilat v roce 2004.

Otec zemřel na karcinom žaludku. Matka prodělala CMP a na její důsledky zemřela. Bratr onemocněl karcinomem jícnu.

Pracovní a sociální anamnéza:

Paní dříve pracovala jako sekretářka a později jako tajemnice okresní odborové rady. Nyní pobírá starobní důchod. Pacientka žije se svoji dcerou v bezbariérovém domě ve městě.

Základní fyziologické vyšetření sestrou:

System	Objektivní údaje
Hlava a krk	Hypomimie obličejových svalů. Maskovitý vzhled obličeje.
Hrudník a dýchací systém	Dýchání čisté, bez vedlejších poslechových fenoménů, s frekvencí 15 dechů/min.



Srdcově-cévní systém	Srdeční akce pravidelná. Krevní tlak s hodnotou 140/90. Pulz pravidelný, dobře hmatný s frekvencí 80 tepů/min. Dolní končetiny bez otoků.
Břícho a trávicí systém	Břícho je měkké, prohmatné. Peristaltika normální, stolice nepravidelná.
Močově-pohlavní systém	Moč čirá, bez zápachu. Funkční inkontinence.
Kosterně – svalový aparát	Snížená pohybová aktivita. Potíže při změně polohy. Rigidita celého těla. Tremor horních i dolních končetin.
Nervově-smyslový systém	Pacientka je při vědomí, klidná, spolupracující. Orientovaná časem, místem i osobou. Lehce zpomalené psychomotorické tempo. Verbální komunikace je srozumitelná, odpovídá s prodlevou.
Kůže a její adnexa	Kožní turgor přiměřený. Zvýšeně se potí, mastná pokožka na hlavě i obličeji. Nehty upravené. Vlasy prořídle a prošedivělé.
Imunologický systém	Alergie neudává. Kůže bez přítomnosti ekzému. Tělesná teplota fyziologická 36,7 °C.

Informace z ordinace lékaře:

Medikamentózní terapie per os:

Madopar 250 mg tbl (Antiparkinsonikum) 1,5- 1-1

Euthyrox 75 ug tbl (Hormony) 1-0-0 na lačno

Godasal 100 mg (Antitrombotikum) 0-1-0

Quetiapin 25 mg (Antipsychotikum) 1-0-3-2

Lactulosa sirup (Digestivum) 1-1-0

Zaldiar (Analgetikum-anodynum) 1-1-0

Lékařské diagnózy:

Parkinsonova nemoc

Vertebrogenní algický syndrom

Hypothyreóza

Měření dle škál:

**Barthelův test základních lidských činností:** V testu získala nemocná **45** bodů.

**Riziko vzniku dekubitů podle stupnice Nortonové:** Pacientka získala **25** bodů.

**Hodnocení rizika pádu (viz příloha C):** Pacientka získala v testu **5** bodů.

### 3.3.1 Ošetrovatelská anamnéza

#### 1. Doména: Vnímání zdraví

**Subjektivně:** „Své zdraví hodnotím jako průměrné. PN mi vzala soběstačnost, ale s dcerou vše zvládáme.“

**Objektivně:** Objektivním pozorováním lze zjistit, že paní sice mívá občasné psychické problémy, ale snaží se nad celou nemocí povznést, možná díky nastavené medikaci. Hospitalizace je na neurologickém oddělení cca 2x do roka. Léčebná a ošetrovatelská opatření se snaží dodržovat důsledně. Medikaci užívá pravidelně a na pravidelné kontroly chodí.

#### 2. Doména: Výživa a metabolismus

**Subjektivně:** „Chuť k jídlu mám, ale sním pouze poloviční porce. Polyká se mi trochu hůře.“

**Objektivně:** Výšku udává 168 cm a váhu 68 kg. BMI je 24,9 – optimální hmotnost.

Pacientka sní z nabízené porce vždy jen polovinu. Dieta č. 3. Pro ztuhlost a třes horních končetin je sebeobsluha v rámci stravování snížena. Do tekutin je zapotřebí více nutit. Poté vypije 1,5 l tekutin, převážně čaj. Chrup vlastní, ale ve špatném stavu – objevuje se zápach z úst. Kůže a stav sliznic je v normě. Zhojený dekubitus na patě pravé dolní končetiny.

#### 3. Doména: Vylučování

**Subjektivně:** „Mám urgentní inkontinenci, většinou to nestihneme na WC včas, používám proto pleny.“

**Objektivně:** Vylučování moči je narušené. Pro funkční inkontinenci používá jednorázové inkontinentní pomůcky. Stolice je nepravidelná, většinou 1x za 3 dny. Stolice je tuhá a defekace obtížná i bolestivá. Doma pravidelně užívá Lactulosu.

#### **4. Doména: Aktivita – cvičení**

**Objektivně:** Chůzi s pomocí francouzských holí většinou nezvládá pro hybné komplikace onemocnění. Na WC a do koupelny vezena na vozíčku. Během hospitalizace se zdržuje spíše v lůžku. S fyzioterapeutem zvládá chůzi pomocí francouzských holí pouze po pokoji.

#### **5. Doména: Spánek a odpočinek**

**Subjektivně:** „Spala bych celou noc, ale většinou se probudím s tím, že se nemůžu v lůžku otočit, potom volám na sestřičky, aby mně pomohly. Žádné zvyky před spaním nemám a léky na spaní nepotřebuji.“

#### **6. Doména: Vnímání – poznávání**

**Objektivně:** Pacientka je při vědomí, lucidní, orientovaná osobou, místem i časem. Slyší dobře. Verbální komunikace je srozumitelná, ale odpovídá s prodlevou. Lehce zpomalené psychomotorické tempo. Zrak má zhoršený, kompenzuje pomocí brýlí. Používá je ale pouze na čtení. Udává bolesti v lumbosakrální oblasti. Bolest je dlouhodobá, tupého charakteru. Nastavená analgetická terapie je dostačující.

#### **7. Doména: Sebeúcta – sebepojetí**

**Objektivně:** Náladu udává dobrou. Pacientka působí milým dojmem. Neverbální projevy jsou pro hypomimii omezené.

#### **8. Doména: Role – mezilidské vztahy**

**Subjektivně:** „Bydlím s dcerou v rodinném domě v blízkosti městského centra. S dcerou mám velmi blízký vztah. Po propuštění do domácího léčení se o mě nadále bude starat má dcera.“

**Objektivně:** Dcera pravidelně navštěvuje svou nemocnou maminku. Spolupracuje s ošetřujícím personálem a zajímá se o vše, co souvisí s nemocí.

#### **9. Doména: Sexualita – reprodukční schopnost**

**Objektivně:** 1x porod. Klimakterium má od svých 56 let, vše probíhalo bez potíží. Aktuálně bez gynekologických potíží. Preventivní gynekologické prohlídky navštěvuje pravidelně.

### **10. Doména: Stres, zvládání situace**

**Subjektivně:** „Hospitalizace ve mně vyvolává mírný stres, ale jelikož to bývají v mém případě časté hospitalizace, nezbyvá mi nic jiného, než hospitalizace vnímat a prožívat alespoň trošku pozitivně. Návštěvy rodiny jsou pro mě příjemným zpestřením v době hospitalizace. Stresový faktor je pro mě také strach z progresu onemocnění.“

### **11. Doména: Víra a životní hodnoty**

**Subjektivně:** „Nejsem věřící. Mezi mé životní hodnoty zařazuji na první místo zdraví a rodinu.“

## **3.3.2 Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů**

**Chronické bolesti (00133)** dolních částí zad související s těžkými degenerativními změnami. S určujícími znaky: uvádí bolest.

**Očekávaný výsledek:** Pacientce nebudou bolesti překážet v běžných činnostech a bude udávat zmírnění bolesti cca po 30 minut po podání analgetik.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Monitoruj charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti dle VAS (vizuální analogová škála bolesti).
- Informuj pacientku o možnostech tlumení bolesti.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek analgetik.
- Prováděj masáž zad za pomoci chladivého mazání.
- Zajisti cvičení s fyzioterapeutem.

**Hodnocení:** Pacientka má chronické bolesti již dlouhodobě, na bolest ji nejvíce zabírá lék Zaldiar. Ošetrovatelský personál prováděl masáž zad a aktivně se podíleli na mobilizaci nemocné. Cíl byl splněn.

**Zácpa (00011)** způsobená sníženou aktivitou a vlivem dlouhodobého užívání léčby s určujícími znaky: bolest při defekaci, námaha při defekaci, snížená frekvence stolice, tvrdá a formovaná stolice.

**Očekávaný výsledek:**

Pacientka se bude vyprazdňovat alespoň co 3 dny a vyprazdňování nebude bolestivé.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Aktivizuj nemocnou.
- Zajisti ve stravě dostatek vlákniny.
- Zajisti dostatečný přísun tekutin.
- Podej laxativa dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek laxativ.
- Kontroluj frekvenci a charakter stolice.
- Zajisti soukromí při defekaci.

**Hodnocení:** Cíl se podařilo splnit. Během hospitalizace se podávala Lactulosa dle ordinace lékaře, ve stravě byla přidána vláknina a ošetrovatelský personál dbal na dostatečný přísun tekutin. Během dne ošetrovatelský personál dohlížel na dostatečnou aktivitu a spolupracoval s fyzioterapeutem. Stolica byla co 3 dny a defekace nebyla pro pacientku až tak bolestivá.

**Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)** související se strachem z pádu a jako následek onemocnění s určujícími znaky: obtíže při otáčení, omezená schopnost provádět jemné a hrubé motorické dovednosti, posturální nestabilita, změny chůze např. zpomalené tempo chůze, obtížný začátek chůze, malé krůčky, šouravá chůze.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky se zlepší alespoň částečně pohyblivost a získá větší jistotu při chůzi.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Posuď úroveň soběstačnosti dle Barthelova testu.
- Informuj o riziku pádu.
- Zajisti k lůžku signalizační zařízení.
- Zajisti dopomoc při sebeděči v jednotlivých denních činnostech.
- Spolupracuj s fyzioterapeutem.

- Spolupracuj s rodinou, zejména při zajištění vhodné obuvi.
- Zajisti používání kompenzačních pomůcek.

**Hodnocení:** Cíl nebyl splněn, jelikož jistota při chůzi a mobilita se během hospitalizace zlepšit nepodařila. Pacientka se zdržovala spíše v lůžku.

**Deficit sebepečce při stravování (00102)** v souvislosti s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům, neschopnost dostat jídlo na příbor.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka získá schopnost postarat se o sebe při stravování.

**Očekávané intervence:**

- Zhodnot' úroveň soběstačnosti dle Barthelova testu při stravování.
- Uprav vhodnou polohu k jídlu (stabilní sed s oporou zad a nohou).
- Zajisti potřebné pomůcky ke stravování (například nerozbitné misky, protiskluzové podložky).
- Zajisti v případě nesoběstačnosti pomoc.
- Podávej stravu vždy esteticky upravenou.
- Podávej nemocné správnou a přidělenou dietu.
- Sleduj chuť k jídlu.
- Dbej na dostatek tekutin během jídla.

**Hodnocení:** Cíl se podařil splnit částečně. Při posazení s dolními končetinami z postele je pacientka schopná tuhou stravu dopravit sama do úst, ale při stravě tekuté, například polévky, potřebuje dopomoc od ošetřovatelského personálu.

**Deficit sebepečce při oblékání (00109)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: Zhoršená schopnost se obléknout, obléct si potřebné části oděvu, obléct si ponožky.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka bude zvládat sebeobsluhu v rámci oblékání dle svých možností a aktuálního zdravotního stavu.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zhodnot' úroveň sebepéče dle Barthelova testu při oblékání.
- Buď trpělivá a empatická.
- Denně realizuj nácvik oblékání.
- Dopomáhej dle potřeby.
- Podporuj pacientku při oblékání.
- Připrav potřebné oblečení k lůžku.
- Počkej na vhodnou dobu, nejlépe po podání levedopy.

**Hodnocení:** Pacientka se snaží o sebepéči, ale dopomoc ošetrovatelského personálu je výrazná. Cíl byl splněn částečně.

**Deficit sebepéče při koupání (00108)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost umýt si tělo, neschopnost usušit si tělo.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka bude provádět hygienu na úrovni svých schopností.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zhodnot' úroveň sebepéče při provádění hygieny.
- Zajisti pomoc při vykonávání hygieny.
- Zajisti soukromí a bezpečnost.
- Buď trpělivá a empatická.
- Poskytni vždy čisté prádlo.
- Prováděj péči o kůži.
- Aktivizuj nemocnou.
- Zajisti pravidelnou péči o dutinu ústní.
- Spolupracuj s rodinou, zejména při zajištění individuálních pomůcek (například elektrický zubní kartáček, koupelnový kartáč s dlouhou rukojetí)

**Hodnocení:** U pacientky je zapotřebí dopomoc při hygieně celého těla. Cíl nebyl splněn.

**Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)** související s neuromuskulárním postižením s určujícími znaky: neschopnost manipulovat s oblečením během vyprazdňování, neschopnost provést řádnou hygienu.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka prokazuje zvýšenou schopnost se sama vyprázdnit.

**Očekávané intervence:**

- Posuď a zaznamenej stupeň sebeděže dle Barthelova testu při vyprazdňování.
- Zajisti soukromí a bezpečnost.
- Zkontroluj, zda je na dosah a funkční signalizační zařízení.
- Aktivizuj nemocnou.
- Poskytni vždy čisté prádlo.
- Prováděj péči o kůži.
- Zajisti, aby pacientka měla vždy čistou a suchou pokožku.
- Udržuj přiměřenou hydrataci.
- Realizovat opatření proti dekubitům.
- Zajisti u nemocné výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.

**Hodnocení:** Cíl nebyl splněn. Pacientka sděluje, že není schopna přesunu na WC. Ošetřovatelský personál musí dopomoc s přesunem na WC, při hygieně po vyprázdnění a pomoci s obléknutím jednorázových inkontinentních natahovacích kalhotek.

**Riziko pádu (00155)** v souvislosti s onemocněním, které se projevuje ztuhlostí a třesem.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky nedojde během hospitalizace k pádu.

**Očekávané intervence:**

- Edukuj o možnosti přivolání ošetřovatelského personálu.
- Zkontroluj, zda je signalizační zařízení na dosah a zda je funkční.



- Připrav potřebné věci a noční stolek na dosah.
- Zkontroluj, jestli má pacientka vhodnou obuv.
- Zajisti vhodné noční osvětlení.
- Odstraň překážky z okolí, které by mohly způsobit pád.

**Hodnocení:** Cíl se podařilo splnit. Během hospitalizace nedošlo u pacientky k pádu.

**Porucha polykání (00103)** související s onemocněním s určujícími znaky: opakované polykání, stagnace jídla v ústech, kašláni.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka polyká potravu v malých dávkách bez potíží.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Posuď stupeň soběstačnosti při příjmu potravy.
- Informuj pacientku o riziku a prevenci aspirace.
- Zajisti vhodnou polohu při přijímání stravy a tekutin.
- Zajisti dle potřeby pomoc.
- Zajisti dostatek času a trpělivosti po dobu stravování.
- Nabízej často tekutiny během stravování.
- Zajisti vhodnou konzistenci stravy.
- Informuj lékaře a zajisti logopedické konzilium.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka přijímá potravu bez potíží.

**Riziko narušení integrity kůže (00047)** související s fyzickou imobilizací a funkční inkontinencí moče.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky nedojde k poruše kožní integrity.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zhodnot' stupeň rizika narušení kůže dle Nortonové stupnice.
- Zajisti mobilizaci u pacientky, v případě potřeby polohování.
- Zajisti pravidelnou péči o kůži a denně ji kontroluj.

- Zajisti vždy čisté prádlo jak osobní tak i ložní.
- Zajisti častou výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.
- Udržuj vždy vypnuté prostěradlo a dbej na celkovou údržbu lůžka.

**Hodnocení:** Během doby pobytu v nemocnici nedošlo k poruše kožní integrity, cíl se tedy podařilo splnit.

**Funkční inkontinence moči (00020)** související s neuromuskulárním omezením s určujícími znaky: čas potřebný k dojití na toaletu přesahuje čas mezi pocítěním potřeby vyprázdnit močový měchýř a jeho nekontrolovatelným vyprázdněním.

**Očekávaný výsledek:** U pacientky dojde k minimalizaci potíží při močení.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí úroveň sebeděče dle Barthelova testu.
- Zajisti včasnou pomoc při přesunu na WC.
- Zajisti soukromí a dostatek času na vyprázdnění.
- Zajisti výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.
- Reguluj příjem tekutin, hlavně před spaním.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Během hospitalizace byl ošetrojící personál vždy na blízku a pomohl pacientce včas na WC. Ošetrovatelský personál zajistil pravidelnou výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.

**Úzkost a strach (00146)** související s progredující fází onemocnění.

**Očekávaný výsledek:** U nemocné dojde ke zmírnění úzkosti a strachu.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Naslouchej nemocné.
- Buď empatická a trpělivá.
- Udělej si více času a komunikuj s nemocnou.
- Informuj lékaře a v případě potřeby kontaktujte odborníka.

**Hodnocení:** Pacientka je stále mírně úzkostlivá, má strach z budoucnosti. U pacientky navíc psychické problémy prohlubuje i diagnostikovaná deprese. Cíl se podařil splnit pouze částečně.

## 4 Diskuze

Nemoc svými komplikacemi, obzvláště v pozdější fázi, kdy se objevují pozdní komplikace hybné, psychické i autonomní, zasahuje do všech lidských potřeb a životních aktivit nemocného. Ošetrovatelský personál, zejména pak všeobecná sestra by proto nemocného měla svou ochotou, vstřícností a zdravou autoritou podporovat a vést ve všech jeho potřebách. Důležitá je také teoretická znalost onemocnění. Je na místě, aby ošetrovatelský personál byl dostatečně informovaný o Parkinsonově nemoci a snažil se o zcela individuální přístup k nemocnému. Jedině vhodný a adekvátní přístup totiž může vést ke kvalitní ošetrovatelské péči. Obdobná závěry ve své práci zmiňuje i Barbora Teřlová (2011), která se zabývala stejnou problematikou. Nejen ona upozorňuje na to, že každý člověk je individuální a je potřeba k tomu i tak přistupovat. Kvantitativní výzkum bakalářské práce od Klubusové (2013) nicméně dokazuje, že všeobecné sestry, zvláště potom sestry na neurologickém a geriatrickém oddělení, mají velmi dobré ponětí o celkové problematice PN. Je to způsobeno zejména frekventovanějším setkáváním se s nemocnými. Potřebná znalost o onemocnění je zvyšována i dlouholetou praxí nebo vysokoškolským vzděláním.

Hodnocení stavu nemocného s ohledem na specifika onemocnění je v praxi náročný proces. Cílem praktické části bakalářské práce bylo pomocí tří kazuistik tento proces popsat, porovnat s jinými výzkumnými pracemi a na základě těchto výzkumných intervencí vypracovat mapu péče (viz příloha D) zachycující důležité ošetrovatelské problémy a návrh jejich řešení pomocí stanovených cílů a intervencí.

Jak už bylo zmíněno, PN je nevléčitelné a chronické onemocnění a soběstačnost nemocných se mění v závislosti na léčbě a hlavně také na účinnosti medikace. Proto se míra potřeby ošetřování může kdykoliv změnit, nicméně zásadní zůstává potřeba pomoci v oblasti sebeobsluhy. Nejčastější diagnózy se objevovaly právě v rámci soběstačnosti, neboť deficit v této oblasti se objevil ve všech třech kazuistikách. To vypovídá o tom, že onemocnění má opravdu specifické příznaky, na něž je nutno brát zřetel, a během ošetřování myslet na vznikající ošetrovatelské problémy. Obzvláště se jedná o pozdní příznaky PN, které, jak již bylo uvedeno výše, zasahují do všech aktuálních potřeb daného člověka, ať už jde o nedostatek sebepéče při stravování, vyprazdňování, oblékání či hygieně. Jinými slovy to

znamená, že nemocný člověk dříve či později bude se sebezpečí potřebovat pomoc. Takový člověk by proto neměl zůstat sám, a pokud má v okolí někoho blízkého, je to jedině dobře. Pokud však takové štěstí nemá, musí přijmout péči ve zdravotnickém zařízení či sociálních službách.

Při sestavování kazuistik a při bližším zkoumání PN bylo patrné, že na nemocné s PN se musí trpělivě. Během denní praxe všeobecných sester je však kolikrát díky plnému stavu oddělení zcela nemožné vyčlenit si na nemocné dostatek potřebného času. Je to tak zřejmě i díky náročné administrativě, jak se domnívá ve své bakalářské práci Pavlína Svobodová (2014). Stává se, že ve spěchu je pro ošetřující personál výhodnější pacientovi pomoci nebo udělat vše za něj. U nemocného to však může vyvolat pocity skepse, nehledě k tomu, že opakování stereotypních výkonů je pro nemocného vlastně tréninkem (Roth, 2009).

V důsledku pozdních hybných komplikací PN dochází k omezení mobility pacienta, s nímž souvisí další ošetřovatelský problém v podobě rizika porušení kožní integrity, jak bylo patrné z kazuistik č. 1. a č. 3. Dalším specifickým příznakem, který se během výzkumného šetření vyskytl u všech tří klientek, bylo výrazné riziko pádu. To souvisí s poruchami stoje a chůze, jak ve své knize zmiňuje Roth (Roth, 2009) a ve své podstatě může být pro nemocného i zdravím ohrožujícím nebezpečím, jak zdůrazňuje ve své bakalářské práci Pavlína Svobodová (2014). Je tudíž nezbytné myslet na bezpečí pacientů a dodržet veškerá bezpečnostní opatření. To předpokládá i edukaci pacienta o riziku pádu, aby včas mohl zavolat na ošetřovatelský personál pomocí signalizačního zařízení. V neposlední řadě je také vhodná spolupráce s fyzioterapeutem, který navrhne, jak s daným pacientem cvičit a jaké používat kompenzační pomůcky. S rizikem pádu přímo souvisí i zhoršená tělesná pohyblivost, která se taktéž projevila u všech tří zkoumaných pacientek.

U jedné z nich se navíc objevil problém s komunikací, která se u PN projevuje především tichým hlasem, zhoršenou výslovností a monotónní melodií řeči (Roth, 2009). Nemocní s PN obecně také mohou mít potíže s příjmem potravy související s poruchou polykání, jak se projevilo u jiné z pacientek. Potíže s komunikací i problémy s polykáním potom patří do rukou odborníka, konkrétně logopedického terapeuta. Jako další typické problémy se v kazuistikách objevily potíže s vyprazdňováním, zejména inkontinence moči, související s poruchou vegetativního nervstva (Roth, 2009). U dvou klientek se nadto objevil problém se zácpou, což je dáno zejména dlouhou základní medikací (Roth, 2009). Jelikož

léčba medikamenty je pro nemocné velmi důležitá, je dobré přiklonit se k léčbě zácpy zejména prostřednictvím změny životosprávy, dodržovat pitný režim a jíst dostatek vlákniny.

Další u pacientek zjištěnou diagnózou byl narušený spánek. U dvou klientek se objevil problém se zhoršenou hybností během noci, což jim znesnadňuje změnu polohy. To je patrně zapříčiněno nočním poklesem hladiny levodopy (Roth, 2009), ale může souviset i s úzkostí či depresemi. Strach doprovázel při příjmu i během celé hospitalizace všechny pacientky. Pocity úzkosti a strachu se objevují zejména v době zhoršení hybnosti, přičemž právě zhoršená hybnost je důvodem jejich hospitalizace. Nemocní se obecně potýkají s celou řadou psychických potíží, z nichž nejčastější jsou deprese. Tuto diagnózu měla pacientka z první kazuistiky stanovenou od lékaře. Nejběžnější léčba je pomocí moderních antidepresiv (Roth, 2009). Pacienti by také neměli být vyřazeni ze společenského života a zvláště rodina by měla nemocného podporovat v jeho dosavadních zálibách a snažit se o hledání nových přátel. Vhodnou příležitostí mohou být právě organizace pro nemocné s PN, které alespoň částečně pomohou přijít nemocným na jiné myšlenky. Společnost Parkinson a její kluby, které jsou rozprostřené po celé České republice, jim to nabízí.

Ošetrovatelský problém se během výzkumného šetření ukázal také v podobě chronické bolesti, přestože bolest s PN nikterak nesouvisí. Avšak vzhledem k tomu, že PN je spíše nemocí pozdějšího věku, předpokládá se, že již dochází k určitým degenerativním změnám, které mohou vést k chronické bolesti.

## 5 Závěr

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou velkých celků – teoretické a praktické části. V teoretické části byla Parkinsonova nemoc popsána podle aktuálních publikovaných poznatků, počínaje příčinami a výskytem onemocnění, přes popis hlavních a doprovodných příznaků, až po diagnostiku onemocnění. Teoretická část se posléze věnovala také způsobům léčby PN. Stěžejní v teoretické části byla kapitola zaměřená na ošetrovatelské problémy vznikající v souvislosti s hlavními specifiky onemocnění. Závěr byl věnován psychosociálním a spirituálním potřebám, kde se mimo jiné objevily informace o organizacích, které se PN zabývají.

Praktická část byla oproti tomu věnována kvalitativnímu výzkumu. Pro výzkum byly zvoleny 3 kazuistiky žen, které onemocněly PN, přičemž pozorovány byly v nemocničním prostředí při hospitalizaci. Během ní bylo možné nahlížet do zdravotnické dokumentace, anamnestické údaje se pak získávaly z rozhovorů s nemocnými. Na základě kazuistik byla sestavena mapa ošetrovatelské péče. V té se objevily nejčastější ošetrovatelské diagnózy zjištěné během výzkumného šetření. V průběhu hospitalizace na neurologickém oddělení lze u pacientek pozorovat změnu či jisté zlepšení v některých ošetrovatelských problémech, ale pro neměnnou podstatu onemocnění zůstávají diagnózy víceméně přítomné po celou dobu hospitalizace.

Přínosem bakalářské práce do praxe je přiložená mapa ošetrovatelské péče, která bude poskytnuta na neurologickém oddělení k ověření, zda díky ní dojde ke zkvalitnění péče o pacienty. Přínosem však může být bakalářská práce jako taková, neboť bude poskytnuta na neurologickém oddělení k nahlédnutí, aby se každý, kdo přijde do styku s PN, mohl ve stručnější formě seznámit s tímto onemocněním, které brání nemocným vést plnohodnotný a kvalitní život.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

- 1) BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, ISBN 978-80-7387-389-9.
- 2) BERGER, Jiří, Zbyněk KALITA a Igor ULČ. *Parkinsonova choroba*. Praha: Maxdorf, 2000, 147 s. ISBN 80-85912-13-9.
- 3) BOLKOVÁ, Zuzana. *Léčebně-rehabilitační plán a postup u Parkinsonovy choroby*. Brno, 2012. 95 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.
- 4) BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0155-7.
- 5) DOSTÁL, Václav a Ema CHVÍSTKOVÁ. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 50 s. ISBN 978-80-204-2362-7.
- 6) JONES, Catherine. *The Professional's Guide to Parkinson's Disease*. 2007. [online]. [cit. 2015-04-07]. Parkinson's Disease Society of the United Kingdom. Dostupné z [https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/publications/download/english/b126\\_professionalsguide.pdf](https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/publications/download/english/b126_professionalsguide.pdf).
- 7) KLUBUSOVÁ, Svatoslava. *Parkinsonova choroba z pohledu všeobecné sestry*. Zlín, 2013. 85 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- 8) KRÁTKÁ, Anna. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2007, 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.
- 9) MACHÁČKOVÁ, Dagmar a Marie KOTTOVÁ. *Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují speciální péči*. 2009. [online]. [cit. 2015-04-07]. Časopis sestry. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pacienti-s-parkinsonem-vyzaduji-individualni-peci-417227>
- 10) MACHÁČKOVÁ, Šárka. *Uspokojování spirituálních potřeb pacientů*. Příbram, 2011. 97 s. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce Sv. Alžběty Bratislava.
- 11) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 12) ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. *Parkinsonova nemoc*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3.
- 13) RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ. *Neurodegenerativní onemocnění*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 351 s. ISBN 978-80-204-3300-8.



- 14) SCHWARZ, Shelley Peterman. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout*. 1. vyd. Překlad Lucie Hranická. Praha: Grada Publishing, 2008, 109 s. ISBN 978-80-247-2321-1.
- 15) SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
- 16) SVOBODOVÁ, Pavlína. *Ošetrovatelská péče o klienta s Parkinsonovou chorobou*. České Budějovice, 2014. 80 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- 17) ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. *Deprese u neurologických onemocnění*. 1. Vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 36 s. ISBN 978-80-7345-340-4.
- 18) TEŘLOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelská péče u nemocného Parkinsonovou chorobou*. Plzeň, 2011. 58 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni.
- 19) TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2013. ISBN 80-7013-324-4.
- 20) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 21) WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 396 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 80-246-1020-5.
- 22) ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.
- 23) ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. 2., přeprac. vyd. Martin: Osveta, 2009, 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.
- 24) *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009-2011*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010, 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

## **7 Přílohy**

**Příloha A – Všeobecně přijímaná diagnostická kritéria britské mozkové banky PN UKPDSBB**

**Příloha B – Léky, které nemocný s PN nesmí dostat**

**Příloha C – Hodnocení rizika vzniku pádu**

**Příloha D – Mapa ošetrovatelské péče u PN**

## Příloha A: Všeobecně přijímaná diagnostická kritéria britské mozkové banky PN UKPDSBB

1. krok: Diagnóza parkinsonského syndromu
Musí být přítomna <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>hypokineze</b></li></ul> A nejméně jeden z následujících příznaků: <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>svalová rigidita</b></li><li>– <b>klidový třes 4-6 Hz</b></li><li>– <b>posturální nestabilita</b>, jež není způsobená primární poruchou zraku, vestibulární, mozečkové nebo propioceptivní funkce</li></ul>
2. krok: Vylučovací kritéria Parkinsonovy nemoci
U pacienta nesmí být žádný z následujících nálezů: <ul style="list-style-type: none"><li>• v anamnéze opakované ikty a stupňovitý vznik parkinsonských projevů</li><li>• opakované úrazy hlavy</li><li>• prodělaná encefalitida</li><li>• okulogyrní krize</li><li>• léčba neuroleptiky v době začátku obtíží</li><li>• v rodině více než jeden další obdobný případ</li><li>• trvalá remise</li><li>• výlučné jednostranné postižení po více než třech letech trvání obtíží</li><li>• supranukleární pohledová obrna</li><li>• mozečkové příznaky</li><li>• časně těžké vegetativní postižení</li><li>• časná těžká demence s poruchami mnestickými, fatickými a prčickými</li><li>• Babinskyho příznak</li><li>• nádor mozku nebi komunikující hydrocefalus</li><li>• chybění odpovědi na vysoké dávky L_DOPA (je-li vyloučena malabsorpce)</li><li>• intoxikace MPTP</li></ul>
Krok 3: Podpůrná prospektivní kritéria Parkinsonovy nemoci
Pro potvrzení diagnózy PN musí být splněna nejméně tři z následujících kritérií: <ul style="list-style-type: none"><li>• jednostranný začátek</li><li>• přítomnost klidového třesu</li></ul>

- progresivní průběh
- přetrvávající asymetrie s těžším postižením na straně začátku
- výtečná odpověď na levodopu ( 70-80 % zlepšení)
- výrazná chorea po dávce levodopy
- klinické trvání deset let a více

**Zdroj:** RUSINA, Robert; MATĚJ, Radoslav. *Neurodegenerativní onemocnění*. 1. vyd. Stránky 171-172.

## **Příloha B: Seznam léků, které nemocný s PN nesmí dostat**

Jsou zde uváděny pouze léky, které se nejčastěji užívají v České republice, tedy se kterými může pacient s PN přijít do styku.

- **Neuroleptika** – léky používané hlavně v léčbě duševních poruch. Mezi hlavní přípravky patří: Haloperidol, Haldol, Largactil, Moditen, Tisercin, Levopromazin, Prochlorperazin, Perfenazin
- **Některé léky používané při zažívacích obtížích:**  
Např. Degan, Cerucal, Perfenazin
- **Některé léky používané např. v léčbě závratí či nevolnosti a zvracení:**  
Torecan, Arlevert
- **Některé léky používané např. při nedostatečném prokrvení vnitřního ucha či mozku:** Stugeron, Cinnabene, Cinarizin, Arlevert, Sibelium
- **Některé léky používané v léčbě vyššího tlaku:**  
Crystepin, Aldomet, Dopamet, Dopegyt
- **Současně s lékem Selegilinem se nesmí používat tyto léky:** Melipramin, Amytriptylin, Prothiaden, Anafranil, Noveril, Tymelyt, Ludiomil, Lerivon, Vivalan, Trittico, Fevarin, Deprex, Fluoxetin, Portal, Seropram, Cipralext, Citalec, Zoloft, Seroxat, Remood, Edronax, Efectin, Remeron, Aurorix a Coaxil. Tyto léky lze pacientům s PN podávat, je však nutno vysadit selegilin, a to asi 3 až 4 týdny před nasazením výše uvedených preparátů.

**Zdroj:** ROTH, Jan; SEKYROVÁ, Marcela; RŮŽIČKA, Evžen. *Parkinsonova nemoc*. 4.vyd. Praha, 2009. Strana 207.

## **Příloha C: Hodnocení rizika vzniku pádu**

### 1) Pohyb

- 0 – neomezený
- 2 – používá pomůcky
- 1 – potřebuje pomoc k pohybu
- 1 – neschopen přesunu

### 2) Vyprazdňování

- 0 – nevyžaduje pomoc
- 1 – inkontinence
- 1 – vyžaduje pomoc

### 3) Medikace

- 0 - neužívá rizikové léky
- 1 – užívá následující léky: Diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny

### 4) Smyslové poruchy

- 0 – žádné
- 1 – vizuální, smyslový deficit

### 5) Mentální status

- 0 – orientován
- 1 – občasná noční dezorientace
- 1 – dřívější dezorientace / demence

### 6) Věk

- 0 – 18 až 75 let
- 1 – nad 75 let

### 7) Pád v anamnéze

- 1 - ano

### **Vyhodnocení:**

**Skóre 3 a vyšší** = pacient je ohrožený vznikem pádu

## Příloha D: Mapa péče u nemocného s Parkinsonovou chorobou

Mapa péče u nemocného s Parkinsonovou chorobou		Jméno:	Datum:
V průběhu hospitalizace	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle	Ošetřovatelské intervence
	<input type="checkbox"/> Strach <input type="checkbox"/> Zhoršená verbální komunikace <input type="checkbox"/> Nespavost	<input type="checkbox"/> U pacientky dojde do propuštění do domácí péče k zmírnění strachu. <input type="checkbox"/> S pacientkou bude možná verbální komunikace. <input type="checkbox"/> Pacientka bude spát nejméně 6 hodin bez probuzení a bude se cítit po probuzení odpočínutá.	<input type="checkbox"/> Informuj o průběhu hospitalizace. <input type="checkbox"/> Získej si u pacientky důvěru. <input type="checkbox"/> Naslouchej nemocné. <input type="checkbox"/> Buď empatická trpělivá. <input type="checkbox"/> Udělej si více času a komunikuj s pacientem. <input type="checkbox"/> Spolupracuj s rodinou. <input type="checkbox"/> V případě potřeby informuj lékaře a kontaktujte odborníka (psychologické konzilium). <input type="checkbox"/> Mluv na pacientku pomalu a v krátkých větách. <input type="checkbox"/> V případě potřeby informuj lékaře a zajisti logopedického terapeuta.  <input type="checkbox"/> Zajisti vhodné a ničím nerušené prostředí pro spánek. <input type="checkbox"/> Zajisti určité rituály před spaním, pokud je na to pacient zvyklý. <input type="checkbox"/> Před spaním vyvětrej pokoj. <input type="checkbox"/> Aktivizuj pacientku v průběhu celého dne. <input type="checkbox"/> Dbej na čistotu ložního prádla. <input type="checkbox"/> Zajisti vhodnou polohu. <input type="checkbox"/> Zajisti signalizační zařízení na dosah. <input type="checkbox"/> Umožni polohování během celé noci. <input type="checkbox"/> Použij noční osvětlení. <input type="checkbox"/> Podávej hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek.

V průběhu hospitalizace	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle	Ošetrovatelské intervence
	Deficit sebeděže při: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stravování               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ porucha polykání</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> hygieně</li> <li><input type="checkbox"/> oblékání</li> <li><input type="checkbox"/> vyprazdňování</li> <li><input type="checkbox"/> Zhoršená tělesná pohyblivost</li> <li><input type="checkbox"/> Riziko pádu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pacientka bude spolupracovat v oblasti uspokojování sebeděže.</li> <li><input type="checkbox"/> Zvládne sebeobsluhu dle úrovně svých možností.</li> <li><input type="checkbox"/> U pacientky nedojde za dobu hospitalizace k pádu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zhodnot' u pacienta úroveň sebeděže dle Barthelova testu.</li> <li><input type="checkbox"/> Zhodnot' riziko pádu.</li> <li><input type="checkbox"/> Dopomáhej dle aktuální potřeby v jednotlivých denních činnostech.</li> <li><input type="checkbox"/> Realizuj sebeděči v jednotlivých denních činnostech až v tzv. fázi „on“, kdy se předpokládá největší spolupráce s pacientem.</li> <li><input type="checkbox"/> Denně realizuj nácvik všech denních činností.</li> <li><input type="checkbox"/> Využívej kompenzačních pomůcek:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Při stravování např. protiskluzové podložky pod talíř, plastové hrníčky.</li> <li>○ Při hygieně např. elektrický zubní kartáček, koupelnový kartáč na vysoké rukojeti.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Spolupracuj s fyzioterapeutem a používej u pacienta doporučené kompenzační pomůcky:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ francouzské hole</li> <li>○ chodítka</li> <li>○ invalidní vozík</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Informuj o signalizačním zařízení a zajisti jej na dosah.</li> <li><input type="checkbox"/> Spolupracuj s rodinou, hlavně při zajištění vhodného oblečení a obuvi.</li> <li><input type="checkbox"/> Odstraň překážky, které by mohly způsobit pád.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti vhodné noční osvětlení.</li> </ul>



V průběhu hospitalizace	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle	Ošetrovatelské intervence
	<p>Narušené vyprazdňování:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zácpa</li> <li><input type="checkbox"/> Funkční inkontinence</li>   <li><input type="checkbox"/> Riziko poruchy kožní integrity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> U pacientky bude defekace pravidelná a nebolestivá.</li>   <li><input type="checkbox"/> U pacientky dojde k minimalizaci potíží při močení.</li>   <li><input type="checkbox"/> U pacientky nedojde během hospitalizace k poruše kožní integrity.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zajisti dostatek tekutin.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti dostatek vlákniny ve stravě.</li> <li><input type="checkbox"/> Aktivizuj nemocnou.</li> <li><input type="checkbox"/> Podej laxativa dle ordinace lékaře.</li> <li><input type="checkbox"/> Sleduj účinek laxativ.</li> <li><input type="checkbox"/> Kontroluj frekvenci a charakter stolice.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti včasnou pomoc při přesunu na WC.</li> <li><input type="checkbox"/> Reguluj příjem tekutin před spaním.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti vyprázdnění močového měchýře před spaním.</li>   <li><input type="checkbox"/> Zhodnot' stupeň rizika narušení kůže dle Nortonové stupnice.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti pravidelnou péči o kůži.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti výměnu jednorázových inkontinentních pomůcek.</li> <li><input type="checkbox"/> Udržuj vždy vypnuté prostěradlo a dbej na celkovou úpravu lůžka.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti častou výměnu osobního i ložního prádla.</li> <li><input type="checkbox"/> Zajisti v případě potřeby polohování a využívej antidekubitních pomůcek.</li> <li><input type="checkbox"/> Prováděj masáž predilekčních míst vhodnými prostředky např. masážní emulze s obsahem mentolu.</li> <li><input type="checkbox"/> Používej ochranné pomůcky na kůži: např. Menalind krém.</li> <li><input type="checkbox"/> Pravidelně kontroluj kůži.</li> </ul>

