



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče o klienta s Parkinsonovou chorobou

Vypracovala: Pavlína Svobodová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2013/2014

Abstrakt

Ošetrovatelská péče o klienta s Parkinsonovou chorobou

Současný stav: Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění bazálních ganglií, u parkinsoniků dochází k narůstajícímu zániku buněk, které produkují dopamin v substantia nigra. Etiologie, která není přesně známá, je stále předmětem studia. Mezi příznaky Parkinsonovy choroby patří třes, rigidita, zpomalenost a omezení pohybu, porucha stoje a chůze, hypofonie, dysartrie a mikrografie, poruchy pohybů očí, víček a hypomimie, mentální, vegetativní, sensorické a senzitivní dysfunkce. Při diagnostice této nemoci se vychází z anamnézy, kterou sbírá lékař ve spolupráci se sestrou. Sestra klientovi předkládá, případně mu pomáhá vyplnit dotazník nemotorických příznaků a provádí u něj test na l-dopa, pokud se příznaky po podání tablety zmírní, je test pozitivní. Další vyšetření, která se provádí, a sestra u nich asistuje, jsou DaTscan a histologie. Farmakologická léčba spočívá v substituci chybějícího dopaminu, což napomáhá k obnovení dopaminergního přenosu. Sestra podává dle ordinace lékaře buď levodopu, agonisty dopaminu, či inhibitory COMT. Při neurochirurgické léčbě se provádí hloubková mozková stimulace, sestra provádí předoperační i pooperační péči. S farmakologickou léčbou nebo chirurgickou léčbou se může kombinovat také podpůrná léčba, o které by měla sestra klienta informovat. Hlavní ošetrovatelské problémy, které sestra zjišťuje u klientů s Parkinsonovou chorobou, jsou zhoršená tělesná pohyblivost, zhoršená chůze, třes, zhoršená sebepéče, stresové přetížení, úzkost, zhoršená verbální komunikace, zácpa, zhoršené vylučování moči, riziko pádu, nechutenství, porucha polykání, poškozená sliznice.

Cíle práce: Zmapovat ošetrovatelské problémy u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta. Zmapovat ošetrovatelské intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta.

Metodika: Bylo provedeno kvalitativní šetření formou hloubkových rozhovorů se sestrami a klienty. Všechny rozhovory byly doslovně přepsány a metodou otevřeného kódování tužka a papír vytvořeny kódy, které byly spojeny do kategorií a podkategorií. Rozhovory byly prováděny v březnu 2014.

Výzkumný soubor: První výzkumný soubor tvořilo dohromady deset sester starajících se o klienty s Parkinsonovou chorobou, byly to čtyři sestry z neurologie, čtyři sestry z LDN a dvě sestry z domácí péče. Druhý výzkumný soubor tvořilo šest klientů s Parkinsonovou chorobou, pět klientů bylo z Parkinson klubu v Českých Budějovicích a jeden z vesnice u Náměště nad Oslavou.

Výsledky: Metodou otevřeného kódování byly z rozhovorů obou výzkumných souborů stanoveny tři kategorie, které obsahovaly několik podkategorií zaměřených na danou problematiku. V první části výzkumu jsou identifikovány kategorie Ošetrovatelské problémy, Ošetrovatelská péče a Specifické intervence. V kategorii ošetrovatelské problémy se sestry převážně shodovaly na deficitu sebedpěče, problémech s hybností, rizikem pádu a ztížené komunikaci. V kategorii ošetrovatelská péče bylo nejčastěji hovořeno o aktivizaci, motivaci, rehabilitaci, nácviku sebedpěče, pravidelném podávání časovaných léků a zapojení rodiny. V kategorii specifické intervence sestry hovořily o intervencích přímo se vztahujících na jednotlivé problémy. V druhé části výzkumu jsou identifikovány kategorie Zvládání každodenních životních situací, Ošetrovatelská péče a Specifické intervence. V kategorii zvládání každodenních situací někteří klienti upozorňují na nutnost pomoci druhé osoby při sebedpěči a nejvíce je obtěžují problémy s pohybem a ztuhlostí. V kategorii ošetrovatelská péče kladou důraz na specifika užívání léků, rehabilitaci a pravidelné návštěvy neurologa. V kategorii specifické intervence bylo hovořeno, stejně jako v kategorii specifické intervence u sester, o intervencích přímo se vztahujících k jednotlivým problémům.

Závěr: Z rozhovorů vyplynulo, že dotazované sestry mají o této problematice poměrně široké povědomí, znají problémy, které klienty obtěžují a také jak tyto problémy ovlivňovat. Klienti své problémy popsali a sdělili, jak jsou schopni či ochotni se s nimi vyrovnávat. Společným jmenovatelem ošetrovatelských intervencí je ochota klienta s nemocí bojovat ve spolupráci s rodinou a personálem, na nemoc a její příznaky nerezignovat a snažit se zůstat co nejvíce a co nejdéle aktivní.

Klíčová slova: sestra, Parkinsonova choroba, ošetrovatelské problémy, ošetrovatelské intervence

Abstract

Nursing care for a client suffering from Parkinson's disease

Current state of the research field: Parkinson's disease is a neurodegenerative disease affecting basal ganglion. Brains of patients suffering from Parkinson's disease are damaged by death of dopamin producing cells in substantia nigra. Cause of this cell death is still unknown. Symptoms of Parkinson's disease include tremor, rigidity, aknesia and bradykinesia, disturbances to posture and gait, hypophonia, dysarthria, micrographia, eye movement abnormalities and decreased blink rate, hypomimia and mental, vegetative, sensoric and sensitive dysfunctions. In diagnosis of Parkinson's disease a medical history collected by a physician in collaboration with a nurse is used. Nurse assists a client with filling a questionnaire regarding nonmotoric symptoms. Furthermore, she carries out a L-dopa test. If symptoms are mitigated after drug administration, the test is considered being positive. Other examinations requiring nurse's assistance are DaTscan and histology. Pharmacological treatment relies on substitution of missing dopamin and hence restoring dopaminergic transfer. Nurse administers Levodopa, dopamin agonists or COMT inhibitors according to physician's decision. In neurosurgical treatment, where deep brain stimulation is used, nurse conducts preoperative and postoperative care. Pharmacological and neurosurgical treatment could be also combined with supportive treatment, about which should a nurse inform a client. Major nursing care complications in Parkinson's disease which are monitored by a nurse includes limited mobility, walking problems, tremor, impaired self-management, stress overload, anxiety, speech disturbances and voice disorders, constipation, urinary incontinence, impaired balance and frequent falls, inappetance and swallowing difficulties.

Aims: To map problems in nursing care for a client suffering from Parkinson's disease from client's and nurse's points of view. To map nursing interventions in Parkinson's disease therapy from client's and nurse's points of view.

Methods: Qualitative research in form of an in-depth interviews with nurses and clients was carried out. All interviews were recorded as a verbatim copy and coded

using pencil and paper open coding method. Created codes were grouped into categories and subcategories. Interviews were carried out in March 2014.

Participants: First set of participants comprised of ten nurses caring for Parkinson's disease suffering clients, four of them working at a department of neurology, four at a department of long-term care and aftercare, and two nurses providing a home care. Other set of participants comprised of six clients suffering from Parkinson's disease, five of them were members of Parkinson club České Budějovice, and the last was living in a village near Náměšť nad Oslavou.

Results: Using the open coding method three categories, focused on particular topic, each containing several subcategories, were picked from interviews with both participant groups. Categories Nursing care problems, Nursing care and Specific interventions are identified in the first part. In the category nursing care problems nurses mostly agreed on a self-management deficit, movement difficulties, increased fall risk and communication problems. Aktivisation, motivation, rehabilitation, self-management training, regular drug administration and family participation were most frequently mentioned in the category nursing care. In the category specific interventions nurses focused on interventions directly related to particular problems. In the second part of the research categories Every day tasks management, Nursing care and Specific interventions are identified. In the every day tasks management category clients mentioned necessity of other persons assistance in self-management, and movement difficulty and stiffness are considered being most annoying. Specific features of particular drugs administration, rehabilitation, and regular neurologist check-ups are emphasized in the nursing care category. Similarly to interviews with nurses, interventions related to particular problems were discussed in the specific interventions category.

Conclusion: As emerges from recoded interviews nurses have relatively vast knowledge of the topic, they are aware of client's problems and needs and they knows the ways how to tackle these problems. Clients have described their problems and communicated their capability or willingness to deal with them. The common element of all nursing interventions is the patient's willingness to deal with the disease in

cooperation with his family and nursing staff, the patient's nonresignation to the disease and its symptoms and his effort to stay active as long as he can.

Key words: nurse, Parkinson's disease, problems in nursing care, nursing interventions

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Machové za cenné rady, podporu, věnovaný čas a trpělivost při vedení mé práce. Můj dík patří též lektorovi muzikoterapie v Náměšti nad Oslavou, za soukromou přednášku o využívání této metody, hlavní sestře třebíčské nemocnice, vrchním sestřám jednotlivých oddělení, majitelce Agentury domácí péče v Třebíči a předsedkyni klubu Parkinson v Českých Budějovicích za svolení provádět rozhovory. Sestrám a klientům děkuji za ochotu při spolupráci na výzkumu a za důležité informace. V neposlední řadě děkuji také své rodině a blízkým za podporu, pomoc a trpělivost při psaní mé práce.

Obsah

Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Parkinsonova choroba a její etiologie	13
1.2 Příznaky Parkinsonovy choroby	14
1.2.1 Třes	14
1.2.2 Rigidita.....	15
1.2.3 Zpomalenost a omezení pohybu	16
1.2.4 Porucha stoje a chůze.....	16
1.2.5 Hypofonie, dysartrie a mikrografie.....	17
1.2.6 Poruchy pohybů očí, víček a hypomimie.....	18
1.2.7 Mentální, vegetativní, senzorické a senzitivní dysfunkce	19
1.2.8 Neurčité klinické obtíže	20
1.3 Úloha sestry při diagnostice Parkinsonovy choroby.....	21
1.4 Úloha sestry při léčbě Parkinsonovy choroby	23
1.4.1 Farmakologická léčba	23
1.4.2 Neurochirurgická léčba.....	25
1.4.3 Podpurná terapie	25
1.5 Ošetrovatelská péče a ošetrovatelský proces u klienta s Parkinsonovou chorobou	26
1.5.1 Ošetrovatelský proces	26
1.5.2 Ošetrovatelské problémy u klientů s Parkinsonovou chorobou.....	27
1.5.3 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy a intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou.....	28
1.5.3.1 Obecné intervence.....	28
1.5.3.2 Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)	29
1.5.3.3 Zhoršený komfort (00214)	29
1.5.3.4 Stresové přetížení (00177)	30
1.5.3.5 Zhoršená verbální komunikace (00051)	31

1.5.3.6 Zácpa (00011), zhoršené vylučování moči (00016).....	32
1.5.3.7 Snaha zlepšit výživu (00163), porucha polykání (00103)	32
1.5.3.8 Riziko pádu (00155).....	33
2 Cíl práce, výzkumné otázky.....	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika	36
3.1 Metodika výzkumu	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4 Výsledky	39
4.1 Kategorizace rozhovorů se sestrami	39
4.2 Kategorizace rozhovorů s klienty	53
5 Diskuse.....	66
6 Závěr	75
7 Seznam použité literatury.....	77
8 Přílohy.....	81
8.1 Seznam příloh	81

Seznam použitých zkratk

EPDA – Evropská asociace Parkinsonovy nemoci

LRRK2 - leucine-rich repeat kinase 2 = dardari

MPTP – metyl-fenyl-tetrahydro-pyrimidin

UPDRS – Unifikovaná škála pro hodnocení Parkinsonovy choroby

PET – pozitronová emisní tomografie

SPECT – fotonová emisní výpočetní tomografie

DaTscan – injekční roztok aplikovaný při jedné z diagnostických metod

NGS – nasogastrická sonda

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

Úvod

Parkinsonovu chorobu poprvé popsal James Parkinson v roce 1817, po kterém nese také své jméno. Tato nemoc se vyznačuje poruchou bazálních ganglií v mozku. U parkinsoniků lze vyzorovat tzv. parkinsonskou triádu (akineze, rigidita, třes), patřící mezi hlavní příznaky Parkinsonovy choroby. Parkinsonova nemoc má mnoho motorických i nemotorických příznaků, s nimiž souvisejí ošetrovatelské problémy. Mezi ošetrovatelské problémy řadíme například třes, pohybové obtíže, čichové problémy, zhoršená sebek péče, psychické problémy, ztížená komunikace, nechutenství a poruchy výživy, zácpa, problémy s močením aj. a z nich vyplývající ošetrovatelské intervence. Mezi ošetrovatelské intervence řadíme například rehabilitaci, nácvik sebeobsluhy, péči o psychiku, nácvik úspěšné komunikace, vhodné a správné stravování, pravidelné vyprazdňování a v neposlední řadě je nutné klienta povzbuzovat, motivovat a aktivovat.

Domnívám se, že povědomí veřejnosti o Parkinsonově chorobě je na velmi nízké úrovni. Myslím, že spousta laiků si mnohdy pod parkinsonikem představí jen zvláště vypadajícího, mračícího se a třesoucího se člověka. Ostatní obtíže, které nejsou na tolik známé, okolí nevidí či nevnímá, z čehož potom vyplývá zcela nevhodné chování, například nemístné poznámky, či nepatřičné pohledy. Například při mimovolních pohybech si veřejnost tyto klienty může plést s mentálně postiženými klienty, či dokonce s člověkem opilým, případně s člověkem pod vlivem omamných látek.

Bakalářskou práci na toto téma píši proto, že se chci s tímto tématem seznámit a snažit se získané poznatky využít a propojit ve své sesterské praxi. Dále bych ráda pomohla zprostředkovat získané poznatky rodinám a přátelům lidí postižených touto nemocí a zároveň bych chtěla o tyto informace i zdravotnický personál, který jak se domnívám, mnohdy také neví jak k těmto klientům přistupovat.

1 Současný stav

1.1 Parkinsonova choroba a její etiologie

Parkinsonova nemoc je progresivní neurologické onemocnění. Klienti s touto chorobou mají zejména problémy s pohybem, říkáme tomu tzv. motorické příznaky. Z těchto příznaků je nejvíce rozpoznatelný parkinsonský třes. Mezi další obtíže u této nemoci řadíme například bolest, poruchy spánku, či depresi, tyto problémy označujeme jako tzv. nemotorické příznaky (EPDA, 2013).

Onemocnění je progresivně neurodegenerativní, u parkinsoniků dochází k narůstajícímu zániku buněk, které produkují dopamin v substantia nigra, abychom však mohli sledovat příznaky Parkinsonovy choroby, musí odumřít více jak 80 % buněk (Seidl, 2008).

Tato nemoc je závislá na mnoha faktorech, jež na sebe vzájemně působí, jasná příčina vzniku této nemoci však není zcela známá (Trenzová, 2013). Existuje však řada hypotéz, například vlivy toxických látek tvořících se v nervových buňkách (volné kyslíkové radikály) nebo látky ve vnějším prostředí (Dostál a Chvístková, 2010).

Vliv dědičnosti na propuknutí choroby je stále předmětem studií. O nedědičném vzniku Parkinsonovy nemoci může vypovídat fakt, že v rodinách parkinsoniků se více případů většinou nevyskytuje. Byly však objeveny odlišnosti v určitých genech, jež způsobují vznik nemoci u daných lidí. Produkty těchto mutovaných genů (bílkoviny) jsou od bílkovin genů nemutovaných odlišné jak ve struktuře, tak ve vlastnostech. Lze zde pozorovat postupný vznik příznaků nemoci, jejichž příčinou jsou odlišné vlastnosti těchto bílkovin. Vznik Parkinsonovy nemoci tedy může být zřejmě způsoben jak změněnou dědičnou informací, tak získanou poruchou nebo vlivem zevního prostředí atd. (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005). Mezi geny, při jejichž neobvyklé mutaci může dojít k vysokému riziku vzniku Parkinsonovy choroby, patří gen LRRK2. Méně častou příčinou této choroby je pak mutace v alfa-synukleinu. Velmi málo pravděpodobnou příčinou choroby může být otrava MPTP. V tomto případě se však jedná o vznik choroby podmíněný vnějšími vlivy a nikoli dědičností (Collins, 2012).

Rozeznáváme pět stádií Parkinsonovy choroby. Při prvním stádiu dochází k postižení jen jedné strany těla a dochází k nepatrnému ovlivnění funkcí. V druhém stádiu dochází k oboustranně asymetrickému postižení a objevují se příznaky nemoci. Třetí stádium se vyznačuje poruchami chůze a rovnováhy a omezením soběstačnosti. Sníženou schopnost sebepěče a časté pády pozorujeme ve čtvrtém stádiu nemoci. Při posledním stádiu onemocnění dochází k úplné imobilizaci (Zvoníková, Čeledová a Čevela, 2010).

1.2 Příznaky Parkinsonovy choroby

1.2.1 Třes

U osob, jež postihla Parkinsonova choroba, lze vyzorovat tři hlavní symptomy tj. akineze, rigidita a třes. Tyto symptomy označujeme jako tzv. parkinsonskou triádu (Bonnet a Hergueta, 2012).

„Tremor obecně lze definovat jako mimovolní, rytmický a kontinuální svalový pohyb o periodických oscilacích“ (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000, str. 72). Tremor neboli třes je nejtypičtější projevem Parkinsonovy choroby vůbec. Bývá také příčinou různých sociálních zábran. Ne každý třes však zcela určitě znamená, že se jedná o Parkinsonovu nemoc, třesem je také provázeno mnoho dalších onemocnění. Parkinsonský třes je zapříčiněn změnami na bazálních gangliích (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

Parkinsonský třes má totiž některé vlastnosti pro něj typické, jako je třes končetinový, hlava je zasažena ojediněle. Tremor se objevuje nejdříve na horních končetinách a to na prstech, je charakterizován výrazněji vpravo, či vlevo a to tzv. „počítáním penízků“. Postupně se třes šíří i na končetinu dolní na stejné straně, kde je zasažena třesem končetina horní. Po té někdy přechází na opačné končetiny. Pokud je třes minimálně patrný i v klidu, lze jej vyprovokovat třeba počítáním, nebo Fromentovým manévrem, při kterém se docílí třesu pokynem, aby klient pohyboval

opačnou končetinou (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000). Při spánku třes vymizí. U některých parkinsoniků může být absence třesu, což se nazývá *paralysis agitans sine agitatione* (Mlčoch, 2008).

Třes je patrný většinou, když se klient nehýbe a je v klidu, bývá však nápadný i při chůzi. Začne-li nemocný hýbat rukama, třes ubude na intenzitě, či někdy úplně vymizí. V pokročilejších stádiích tremor trvá celou dobu a může ztěžovat i stravování. Zvyšuje se také při rozrušení, při úzkosti, radosti, či strachem, naopak ve spánku mizí, mohou se při něm však objevit svalové záškuby (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005).

1.2.2 Rigidita

„Rigiditu lze charakterizovat jako zvýšený svalový tonus, projevující se konstantně v celém rozsahu aktivně i pasívně prováděného pohybu jako zvýšená, plastická rezistence“ (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000, str. 75).

Rigidita neboli svalová ztuhlost je znatelná i v počátečních stádiích nemoci a to v axiálním svalstvu, zde se ale špatně posuzuje. Klienti s Parkinsonovou chorobou trpí držením šíje, trupu a končetin ve flexi, což je způsobené postižením flexorových svalů rigiditou více než těch extenzorových. Klienti si ztěžují na bolestivé napětí někdy až na křeče. Kvůli asymetrii na osovém svalstvu se u takto postižených objevuje vadné také držení těla. Svalová ztuhlost se stejně jako tremor zvyšuje a snižuje při fyzické námaze či při stresu, objevuje se asymetricky, v některých případech můžeme pozorovat na jedné polovině těla třes a na druhé rigiditu. (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000)

V pokročilých stádiích nemoci působí nemocnému každý pohyb více námahy. Mimo to je v pozdějších stádiích svalovou ztuhlostí postiženo mezižeberní svalstvo a klienti si stěžují na dýchací obtíže. V některých případech se také může střídát tremor s rigiditou, kdy je rigidita rytmicky přerušována třesem, i když tremor nebyl dosud klinicky přiznán, tomuto říkáme fenomén ozubeného kola (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

1.2.3 Zpomalenost a omezení pohybu

U klientů s Parkinsonovou chorobou rozeznáváme tato omezení pohybu, bradykinezi (pohybové zpomalení), hypokinezi (zmenšení rozsahu pohybu) a akinezi (neschopnost započít pohyb). Jsou asymetrická a v prvotních stádiích nejvíce na krajních částech, klienti mají také problémy provádět více úkonů najednou. Někteří jedinci s těmito problémy mohou mít tzv. paradoxní kinezi, což představuje zlepšení hybnosti po jakékoli pozitivní reakci. Po probuzení cítí klienti váznoucí pohyb, u některých se však může pohyb v ranních hodinách o hodně zlepšit, což je zapříčiněné snížením či naopak zvýšením hladiny dopaminu (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

Tyto poruchy nejsou závislé na rigiditě, klient obtížně začíná pohyb, má problémy se rozejít či vstát ze židle. Dále jsou omezené automatické pohyby, jako například pohyby končetin při chůzi. Klienti mají také omezenou mimiku obličeje. Celkově jsou veškeré pohyby nemocného pomalé a klient má tak potíže se sebeobsluhou. V některých případech může dojít k úplné neschopnosti pohybu (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005).

U klientů se též může vyskytnout freezing neboli náhlé přerušování pohybu, kdy se dostaví ztuhlost například při chůzi a oni nejsou schopni pohybu. Někdy se objevuje i tzv. příznak fiktivní podušky, kdy klient uléhá na polštář a není schopen se plně položit a hlava zůstane chvíli ve vzduchu (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005).

1.2.4 Porucha stoje a chůze

U parkinsoniků je typické hlavně sehnutí šíje, trupu a pokrčené končetiny. V pozdějších etapách nemoci se setkáváme se šouravými a nejistými kroky s pomalými otáčkami. Ve spojení se zpomalením a omezeností v pohybu mohou poruchy chůze a stoje vést k nesoběstačnosti klienta. Klient má pocit nerovnováhy a má strach z pádu, Těžší formy poruchy rovnováhy a chůze se objevují v pozdějších stádiích onemocnění. Klienti s Parkinsonovou chorobou mají dále poruchy vzpřímených reflexů, reakcí

zabraňujícím pádům, tonických reflexů (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005; Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

Lidé s Parkinsonovou chorobou mají tedy držení šíje a trupu ve flexi v pozdějších stádiích i končetiny zapříčiněné flexorovou rigiditou, při asymetrii rigidity se u těchto klientů objevuje skolióza. U parkinsoniků se rovněž neobjevují pravidelné pohyby horních končetin při chůzi, tato porucha je zapříčiněná hypokinezi. Je pro ně typický krátký a šouravý krok, při němž klient těžce zvedá nohy ze země, přešlapuje a cupitá na místě, má poruchy vyvolání pohybu, nebo se před překážkou objevuje freezing. Chůze do schodů nedělá obtíže, jdou i bez hesitace (přešlapuje na místě a nemůže se rozejít) či freezingu. Objevují se však pomalé a nejisté otočky, kde opět hrozí ztráta rovnováhy (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000). Parkinsonici mají tzv. pulzi, což znamená, že se u nich dostavuje pocit pádu jak v klidu, tak při pohybech bez poruchy vědomí, bez kolapsových stavů a bez závratě. Při prvních měsících léčby dopaminem se může objevit ortostatická hypotenze, jež může způsobit kolaps. Nemocný trpí instabilitou, těžiště má vzadu (Zvoníková, Čeledová a Čevela, 2010).

Dyskineze, tedy pohyby neovládané svojí vlastní vůlí, vznikají většinou nezahájením léčby. Existuje však ještě verze young onset Parkinsonova nemoc, kdy klient onemocní před čtyřicátým rokem života, projevuje se grafospazmum, což je křeč při psaní, nebo jiné druhy akrální dystonie (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000). Tzv. striatální ruka, tedy drápotivé držení ruky u pokročilých stádií onemocnění je také založené na dystonii (Zvoníková, Čeledová a Čevela, 2010).

1.2.5 Hypofonie, dysartrie a mikrografie

Hypofonie, tedy nízká hlasitost a dysartrie, tedy ztížená artikulace, mohou opět patřit již k časným etapám onemocnění. Klientovi se snížila intenzita hlasu a zdá se být spíše monotónní. Zmíněné poruchy mohou způsobovat velké obtíže při komunikaci. Před samotnou dysartrií je zjevná ještě tzv. dysprosodie, což je porucha modulačních faktorů řeči. Lze sledovat hypokinetickou dysartrii tedy tichou a mumlavou artikulaci,

jež v konečných fázích choroby předchází až úplné afonii nebo anartrii (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005).

Rychlost řečového projevu se snižuje na koncích vět a na začátku věty jsou někdy patrné hesitace jako u poruch chůze. Poruchy řeči mohou být doprovázeny i koktáním. Můžeme také pozorovat nechtěné opakování vět několikrát za sebou (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005). Někdy lze slyšet až nesrozumitelné mumlání tedy tachyfémii, či palilalii, což je opakování posledních slabik nebo slov (Mumenthaler, Bassetti a Daetwyler, 2008).

Vzhled písma parkinsoniků má své charakteristické rysy, kdy se výrazně zmenšuje v průběhu psaní na jednom řádku, někdy může být klient neschopen řádek dokončit. Klienti píšou velmi dlouho. Mikrografii lze dávat do souvislosti s akinezi, bradykinezi a hypokinezi. Tremor písma výrazně neovlivňuje. (Roth, Sekyrová a Růžička, 2005). Existuje přímo deníček nazvaný Psaní pro Parkinsoniky, podle nějž si mohou psaní procvičovat. (Příloha 1)

1.2.6 Poruchy pohybů očí, víček a hypomimie

Někdy můžeme u klientů s Parkinsonovou chorobou spatřit blefarospasmus, tedy mimovolný silný stah očních víček až křeč očních víček, jedná se o stahy m. orbicularis oculi, častěji se ale tato porucha objevuje u sekundárních parkinsonských syndromů. Blefarospasmus může vyústit ve funkční slepotu. Poruchy hybnosti při otevírání očí se objevují častěji u některých parkinsonských syndromů. Klientovi s touto poruchou dělá potíže otevření a zavírání očí založené na vlastní vůli, proto je někdy porucha hybnosti při otevírání očí označována jako již zmíněný befarospasmus. Tato obtíž ale staví na poruše stahů svalů ovládající zvedání horního víčka (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

U klientů postižených poruchou pohybů očí a víček se vyskytuje nesprávná funkce akomodace, kdy je porušená sbíhavost čočky, proto dochází někdy u Parkinsoniků k dvojitému vidění při pohledu do blízka. Někdy se objevují lehké obrny při pohledu

nahoru. Vyskytuje se také porušená plynulost očních pohybů při sledování (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

Hypomimie je mírné formě patrna i v časných stádiích nemoci. Dochází k ní následkem akineze a hypokineze mimických svalů. Mimické svaly se pozvolna uvolňují a výraz začíná být strnulý, například při pláči nebo smíchu. Změny mimického svalstva se dostávají až s odstupem po psychickém prožitku. Také se zde setkáváme s tzv. Cowperovým příznakem, kdy se klientovi snižuje frekvence mrkání a je u něj pozorována retrakce víčka. U pozdějších stádií můžeme pozorovat tzv. maskovitý obličej, při kterém na klientovi neshledáváme žádný emocionální projev (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

1.2.7 Mentální, vegetativní, senzorické a senzitivní dysfunkce

Klienti s Parkinsonovou chorobou trpí širokým spektrem psychických poruch, jde například o zpomalené myšlení, deprese, myšlenkové dysfunkce, demence či jiné rozdíly způsobené například léky (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000). Parkinsonská krize se vyznačuje celkovým zhoršením příznaků s akutní úzkostí (Lukáš a Žák, 2010).

Příčinou vegetativních dysfunkcí jsou často poruchy centrálních nebo periferních nervů. Jednou z obtíží vycházejících z vegetativních poruch je zácpa, která má za následek nutnost podávání vysokých dávek laxativ, nálevů či vybavení stolice digitálně. Celková aktivita gastrointestinálního traktu je snižena, mohou se objevovat i hiátová hernie a problémy na jícnu. S vyskytující se demencí může být někdy spojená i inkontinence moče a stolice, objevuje se ale velmi málo. Často se však objevují převážně u mužů obtíže s močením. Dále se u těchto klientů objevuje i nadměrná tvorba slin a zvýšená tvorba kožního mazu a s ním spojené nadměrné pocení. V pokročilých stavech choroby mohou klienti výrazně ztratit hmotnost. Vyskytují se také sexuální poruchy, spánkové poruchy jsou zaviněny nykturií, bolestí svalů a akinezií a užíváním antiparkinsonik. Klienti s výraznou vegetativní dysfunkcí mohou mít i spánkovou apnoei (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

Ze senzorických dysfunkcí trápí některé klienty s Parkinsonovou chorobou čichové obtíže, mají zvýšený práh čichu a obtížněji poznávají změny čichových podnětů. Někdy lze však také pozorovat oslabené či snížené vnímání čichových podnětů (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000). Dále se u nich může objevovat obtížnější rozeznávání barev a změněná citlivost na kontrast. Čichové i zrakové obtíže ale mnoho klientů vůbec nepocítuje a nijak je neomezují. Mohlo by se však jednat o včasnou diagnostiku Parkinsonovy nemoci u klientů s výskytem těchto obtíží (Mumenthaler, Bassetti a Daetwyler, 2008).

Senzitivní obtíže jako jsou rigidita, akineze, freezing, dyskineze působí klientům s Parkinsonovou nemocí značný diskomfort. Nepopisují se však u všech klientů, některé mohou mít plnou absenci, jiné se zase objevují až v pozdějších stupních nemoci. Všechny příznaky závisejí na úspěšnosti léčby (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

1.2.8 Neurčité klinické obtíže

Tyto jsou nejprve netypické pro danou chorobu a jsou lehce zaměnitelné s jinými nemocemi, jsou jimi například bolest ramen a zad, pocit těžkých nohou, snížení či ztráta výkonnosti, únavový syndrom, snížená potence, spánkové obtíže, problémy se zácpou, deprese, tiché a monotónní hlasové projevy, či poruchy písma (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

Projevy předcházejí posléze nastupující svalové ztuhlosti a všem pohybovým obtížím s ní spojeným a různým dysfunkcím ať už mentálního, či vegetativního rázu. Při těchto prvotních příznacích, jsou klienti často nesprávně diagnostikováni, kdy jim lékař určí diagnózu, jako je například: artritida, vertebrogenní syndromy, syndrom karpálního tunelu, někdy též jako začínající Alzheimerova nemoc, cévní mozková mrtvice, jindy problémy lékaři připisují projevům fyziologického stárnutí. Po dalších měsících někdy až po několika letech se objevují typické příznaky pro Parkinsonovu chorobu, která je úplně potvrzena při dobrých účincích antiparkinsonik (Růžička, Roth, Kaňovský a kol., 2000).

Parkinsonskou demencí trpí až 20 % parkinsoniků, klienti myslí pomalu a jsou celkově zpomalení. Takovou demenci léčíme například podáváním Rivastigminu (Jirák, 2011). Asi u 50 % klientů s Parkinsonovou chorobou pozorujeme sklony k depresi, spojenou s úzkostnými stavy (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

1.3 Úloha sestry při diagnostice Parkinsonovy choroby

Choroba se postupem času (měsíce, roky) značně vyvíjí. V prvotních fázích lze diagnózu určit hůře a je možné také diagnózu určit chybně, nejsou totiž zjevné typické symptomy. Je zejména také nutno vyloučit nemoci, jež mají podobné příznaky jako Parkinsonova nemoc (Růžička, 2004). Jako například Parkinsonské syndromy, jsou to onemocnění, jež mají příznaky jako Parkinsonova choroba, odlišují se však etiologií, mohou to být různá cévní mozková onemocnění polékový parkinsonský syndrom aj. (Bonnet a Hergueta, 2012).

Při určování diagnózy je na prvním místě anamnéza. Při sběru anamnézy sestra napomáhá, klientovi pro s lehčím pochopením otázek, které mu lékař klade a také sbírá informace pro ošetrovatelskou anamnézu. Společně zjišťují základní projevy nemoci, všechny poruchy s ní spojené a ptají se na průběh choroby (plíživý). Dále se zabývají prodělanými nemocemi, jež by mohly mít nějakou souvislost s touto nemocí, ale se kterými se může také zaměnit diagnosa. Zajímají se, zda je klient vystaven rizikovému prostředí, pátrají dále po genetické zátěži (Králová, 2012). Existuje dotazník WOQ-9 (Příloha 2), motorických a nemotorických symptomů „wearing off“ u Parkinsonovy nemoci, s jehož vyplňováním může klientovi sestra opět pomoci. Zjišťuje se v něm, zda klient v uplynulém měsíci zpozoroval nějaké z uvedených příznaků. Ve sloupci A se zaškrťává ANO či NE, pokud se příznak vyskytuje a ve sloupci B se zaškrťává ANO či NE, pokud se příznak většinou zmírní po další dávce antiparkinsonik. Dalším dotazníkem, při jehož vyplňování může být sestra klientovi nápomocná je dotazník nemotorických příznaků. Cílem je opět zjistit, zda se u klienta v posledním měsíci tyto příznaky objevily (Příloha 3).

U klientů s Parkinsonovou chorobou je průkazný nedostatek dopaminu. Dopamin je chemická látka, vznikající v mozku, která stimuluje pohyb a svaly. Její nedostatek je zapříčiněn neurodegenerativním postižením dopaminergních neuronů. Odpověď na dopaminergní stimul je důležitá při určení diagnózy Parkinsonovy choroby. Jde potom o jistotu průkazu nemoci (EDPA, 2013). Po tom, kdy sestra podá tabletu L-DOPA se příznaky zmírní a test je tak pozitivní, hodnocení výsledku testu probíhá dle škály UPDRS (Příloha 4) (Růžička, 2004). Klienti si mohou vést také tzv. deník klienta, do kterého si zaznamenávají každou hodinu, na jaké úrovni byla jejich hybnost. (Příloha 5).

Je-li klient odeslán na magnetickou rezonanci nebo počítačovou tomografii, sestra klienta připraví dle zvyklostí pracoviště, doprovází jej a před vyšetřením řádně informuje a edukuje o podstatě, významu a pomůckách k vyšetření. K tomu může využít různé edukační materiály. Důležitým úkolem je také zodpovědět případné otázky a nejasnosti klienta ohledně vyšetření. Uvedené zobrazovací metody nemají nijak zvláštní význam pro určení diagnózy Parkinsonovy choroby, vyšetření však vylučují sekundární syndromy (Majorovičová, 2012). Pozitronovou emisní tomografií a jednofotonovou emisní výpočetní tomografií, při nichž sestra asistuje, získáváme obraz o presynaptické a postsynaptické části dopaminergního systému. Při vyšetření PET sestra podává levodopu s radioaktivní fluorem, při vyšetření SPECT podává ligand s radioaktivním nuklidem (Králová, 2012). Vyšetření, které se potvrdí diagnózu je DaTscan. Při této metodě sestra aplikuje nitrožilně radioaktivně značenou látku (^{123}I – Ioflupan) přímo se vázající na nervové buňky produkující dopamin a je ujišťován jejich zjevný jejich úbytek v mozku (Dušek a kol., 2013),

Vyšetření na histologii, určí stoprocentní potvrzení diagnózy Parkinsonovy choroby (Růžička, 2004). Histologie se provádí až post mortem, při pitvě, kdy se odebere mozková tkáň, už pouhým okem jsou vidět barevné změny na substantia nigra. Pod mikroskopem lze vidět úbytek neuronů v jádrech mozkového kmenu, a dále je typický výskyt Lewyho tělísek (Růžička a Roth, 2006).

1.4 Úloha sestry při léčbě Parkinsonovy choroby

1.4.1 Farmakologická léčba

Terapie nemoci je velmi obtížná. Nynějšími možnými léčebnými metodami není možné úplně zrušit ztráty dopaminergních buněk a není možné je nahradit (Dostál a Chvístková, 2010). Vědci neustále zkoumají kmenové buňky a jejich aplikaci do těla nemocného. Transplantace kmenových buněk by znamenala úplné vyléčení jedince. Ta se v mnoha případech podařila a produkce dopaminu se dostavila, někdy ale v nadbytečném množství a objevily se vůlí neovladatelné pohyby, jež klientovi znepríjemňují život více než samotné onemocnění. Nyní je cílem léčby prodlužování intervalů mezi přechody do další fáze choroby (Orel, Facová a kol., 2009).

V současné době se praktikuje substituce chybějícího dopaminu, což napomáhá k obnovení dopaminergního přenosu. Lidem s Parkinsonovou chorobou sestra podává levodopu, či je o jejím správném podávání edukuje. Levodopa je látka, z níž vzniká dopamin, je nejúčinnější na zmírnění příznaků Parkinsonovy choroby (Bonnet a Hergueta 2012). Levodopa se mění na dopamin až v mozku pomocí enzymu dopa-dekarboxylázy. Levodopa existuje ve třech formách. Ve formě s uvolňováním, jež probíhá okamžitě, v rozpustné formě, kdy se ředí ve vodě, což napomáhá rychlejšímu vstřebávání a déle působící je ve formě s prodlouženým uvolňováním. Všechny tři formy lze kombinovat. V průběhu 5 až 10 let se ale účinky léčby tímto lékem snižují. Sestra by měla klienta edukovat o skutečnosti, že snížené vstřebávání levodopy je ovlivněno přísunem bílkovin a že by měl klient levodopu brát buď nalačno či nejméně hodinu po stravě s bílkoviny, což jsou například maso, ryby, mléčné výrobky, semena a ořechy (Dušek a kol, 2013).

Agonisté dopaminu se od něj chemicky odlišují, ale také působí v bazálních gangliích na dopaminové receptory. Preparáty působí déle než dopamin a umožňují snižovat dávky levodopy. Agonisté dopaminu se podávají proto, aby se oddálily hybné obtíže, které způsobuje léčba levodopou (Bonnet a Hergueta, 2012; Dostál a Chvístková, 2010).

Inhibitory COMT napomáhají využití dopaminu v mozku. Jejich účinků se využívá, když se dostavují pohybové obtíže. Díky inhibitorům COMT je možné snižovat dávky levodopy (Bonnet a Hergueta 2012).

U starších klientů a klientů s poruchou poznávacích funkcí, může sestra dle ordinace lékaře podávat léky, jež zvyšují množství dopaminu ve striátu pomocí enzymatické blokády (Zárubová, 2006).

Nutno také zmínit vedlejší a nežádoucí účinky a kontraindikace antiparkinsonik. Jsou jimi možné hypotenze, časté pospávání přes den, otékání na DK, snížené ovládání impulzů, nevolnost, zrakové halucinace a zvracení. Zmíněné nežádoucí účinky, jež vyvolává dopaminergní léčba, mohou sice klienta obtěžovat a omezovat, ale prospěšnost léčby nad způsobeným nepohodlím převažuje (Dušek a kol., 2013).

Je-li u Parkinsoniků nutná operační intervence, měl by lékař volit spíše místní anestezii bez adrenalinu či svodnou anestezii. Pokud je, však nutná celková anestezie musí dbát na určitá opatření. Levodopa nesmí být vysazená na příliš dlouhou dobu, pokud není možné přijímání levodopy per os delší dobu měla by se zvážit varianta infuze s amantadinsulfátem či biperiden i.v. Užívá-li klient Selegilin pro zpomalení choroby je nutno jej vysadit nejméně tři týdny před zákrokem. Inhalační anestetika nejsou u Parkinsoniků vhodná, v kombinaci s antiparkinsonikem mohou způsobit hypertenzi. Dále se nesmí používat neuroleptanalgezie ani neuroleptika, protože mohou mít vliv na zhoršení choroby (Benetín, Cibulčík, Turčáni a kol., 2007).

Parkinsonici nesmějí užívat řadu léků ovlivňujících jejich chorobu (Příloha 6). Jsou jimi například některá léčiva na schizofrenii, zmatenost a některé léky k premedikaci. Dále sem patří některá léčiva proti nevolnosti, zvracení a závratím. Nemohou užívat i ostatní léky jako například Cinarizin či Prometazin (Benetín, Cibulčík, Turčáni a kol., 2007).

1.4.2 Neurochirurgická léčba

Pokud na zmírnění komplikací a pokročilých příznaků nestačí farmakologická léčba, využívá se neuromodulační léčba, což je metoda hloubkové mozkové stimulace. Léčba působí na centra pro hybnost a spočívá v hodnocení vlivů elektrických impulzů z elektrod, tyto se zavádějí do jader pod thalamus a pod kůži hrudníku se zavedou zařízení pro impulzy, která jsou spojena s elektrodami. Hloubková mozková stimulace se provádí při vědomí a klient s operátory spolupracuje, neprovádí se však u starších klientů a klientů s poruchou kognitivních funkcí. Dále je možné využití thalamotomie, při níž dochází ke zničení části buněk v thalamu. Pallidotomie umožňuje zničení jednoho z jader v bazálních gangliích (Pařhová 2007). Metody neurochirurgické léčby zmírňují obtíže spojené se třesem, svalovou ztuhlostí a mimovolnými pohyby (Vránová 2006).

Před operací sestra zařídí oholení vlasů klienta, připraví dezinfekci a anestetikum k dezinfikování a znecitlivění místa vpichu hrotů pro rám, připraví klienta na MR pro přesné určení místa zavedení sondy. Na operačním sále sestra připraví nástroje a pomůcky pro zavedení sondy, aplikuje léky dle ordinace lékaře a asistuje při výkonu. Po výkonu pečuje o klienta, zajistí mu klid na lůžku, sleduje ho a případné změny hlásí lékaři, dále podává léky na zmírnění bolesti, dle ordinace lékaře. Po celou dobu před i po operaci se snaží klienta uklidnit, edukuje ho a je mu oporou (Jančárek, 2008).

1.4.3 Podpůrná terapie

Farmakologická a neurochirurgická léčba jsou velmi účinné, užitečné jsou ale také pomocné metody léčby. Sestra by měla klienta informovat o akupunktuře a různých bylinných přípravcích, jež působí na nemotorické příznaky, jako jsou například deprese, nespavost aj. Dále pak může doporučit masáž, jež uvolňuje svaly. Je vhodné, aby navrhla klientovi možnost cvičení Tai-chi, pro zlepšení stability a rovnováhy. Klienta také poučí o ostatních možnostech podpůrné terapie, jako jsou například vodoléčba,

jóga, hypnoterapie či muzikoterapie, mírnící potíže, které zapříčinila Parkinsonova choroba. Výše zmíněné metody vhodně doplňují medicínskou léčbu (EPDA, 2013).

Vede se mnoho studií o účincích konopných látek, užívání výtažků THC a CBC, jež mírní projevy neovladatelné vůlí, parkinsonici dále zkoušejí pomocí konopných látek potlačit neuropatickou bolest (Miovský a kol., 2008).

1.5 Ošetrovatelská péče a ošetrovatelský proces u klienta s Parkinsonovou chorobou

1.5.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základem ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces se zabývá osobními potřebami klienta, jeho potížemi a snaží se je co nejvíce eliminovat. Zahrnuje 5 fází, jimiž jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová, 2009).

Fáze posuzování (zhodnocení) zahrnuje zjišťování skutečností o klientovi a celkové zhodnocení stavu klienta, sestra zachycuje činitele rizik a patologické nesrovnalosti, jež mohou působit na stav klienta. Posuzují se i povahové vlastnosti klienta. Do diagnostické fáze řadíme rozbor získaných informací a určujeme reálné i možné potíže, které mají vliv na další část ošetrovatelského procesu. Je třeba brát v úvahu i takové povahové vlastnosti klienta, jež mohou dopomoci ke snadnějšímu zvládnání jeho nemoci. Při plánování se stanoví stupeň naléhavosti řešení situace klienta a rozdělí se úkoly ošetrovatelského týmu. Vytyčí se cíle, výsledná kritéria a intervence, pomocí nichž lze daných cílů dosáhnout a vše se dokumentuje. Do realizační fáze patří uskutečnění naplánovaných aktivit, nejprve se však musí opět zhodnotit stav i po celou dobu ošetrovatelského zásahu. Při vyhodnocování ošetrovatelského procesu se klasifikuje splnění jednotlivých cílů a prospěšnost cílů na stav klienta (Tóthová, 2009).

1.5.2 Ošetřovatelské problémy u klientů s Parkinsonovou chorobou

Klienti s touto chorobou se potýkají s mnoha problémy, jež jim nemoc způsobuje a které vycházejí z jejích projevů. Nejvíce obtěžující je třes končetin a v dalších fázích i celého těla. Dále se potýkají se samovolnými pohyby, či ztuhlostí, obtížně pokračují v přerušném pohybu, což pak způsobuje poruchy chůze například potíže při rozejití, kdy se velmi často objevují drobné nekoordinované krůčky, z čehož vyplývá nebezpečí možného pádu. Klienti jsou celkově shrbení, mají ztuhlá ramena, jež je bolí, napadají na jednu nohu či kulhají, mají pocit, že se vnitřně chvějí, objevuje se u nich brnění a necitlivost, bolí je končetiny a šíje či v nich mají nepříjemný pocit, dochází také snížení pohybů ruky při chůzi. Parkinsonici mívají problémy se zrakem zapříčiněné nedostatkem dopaminu v bazální ganglii, což postihuje oční svaly (Šalátek 2005; EPDA, 2013).

Dalšími problémy, se kterými se Parkinsonici potýkají, mohou být suchost v ústech, nechutenství, poruchy polykání, zácpa a úbytek hmotnosti (Dostál a Chvístková, 2010).

Nemocní mají výrazně změněnou mimiku, což se projevuje strnulým pohledem a sníženou frekvencí mrkání, mají potíže s komunikací, hůře artikulují, mluví tiše, objevuje se u nich mikrografie. Jejich maskovitý výraz a mimovolní pohyby vzbuzují u okolí nevysvětlitelné pocity. (Puršová a Roth, 2011; EPDA, 2011)

Klienti mohou mít také pocity tísně, pálení, mrazení, bolesti, mohou mít návaly pocení, být neklidní, unavení a slabí. Objevuje se u nich také zpomalené a zastřené myšlení (Puršová a Roth, 2011).

Závažnými projevy Parkinsonovy choroby jsou změny v psychice klienta, které mají dopad na jeho chování. Mnozí mají narušený spánek, jsou ve stresu, potýkají se s depresemi a strachem, neradi o své chorobě mluví, a z toho plyne buď to, že se přetěžují, protože se nedokážou se svým onemocněním smířit, nechtějí řešit problémy a vyhýbají se tomu, nebo naopak na svůj stav rezignují, konverzaci přenechávají na druhé osobě, bývají zadrženi ve stereotypu a zanedbávají svůj vzhled. Objevuje se také zhoršená paměť a zapomínání. Hůře se domlouvají na úřadech a ostatních zařízeních.

Mohou se dát lehce přesvědčit o nepravdivých skutečnostech. Vyskytují se u nich také snížené schopnosti řídit automobil (Šalátek, 2005).

Lidé postižení touto chorobou mohou mít halucinace a přeludy, také mají potíže s běžnými denními činnostmi například v domácnosti, s úpravou a oblékáním, při stravování, se zdravotní péčí, či při sociálních kontaktech (Schwarz, 2008).

Objevují se sexuální poruchy, muži mají problémy s erekcí a ženy těžko dosahují orgasmu. Na sexuální poruchy mají na vliv motorické příznaky, změny nálad, léky, sexuální poruchy vyvolávají u jedinců úzkostné stavy (EPDA, 2013).

Lidé s Parkinsonovou nemocí mají také docela vysoké ekonomické náklady související s touto nemocí (EPDA, 2013).

1.5.3 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy a intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou

1.5.3.1 Obecné intervence

Všeobecně u klientů s Parkinsonovou chorobou platí pro sestru určité intervence. Sestra by například měla klienty hlavně povzbuzovat k vlastní aktivitě a i v jiných činnostech, klientovi to prospívá. Měla by se chovat pozitivně a trpělivě, nedělat úkony za klienta, dát mu na ně dostatek času a dopomoci jen pokud klient aktivitu nezvládá. Také je nutné, aby podporovala klienta v aktivitě při běžných denních činnostech. S klientem by měla hlavně hovořit, vše mu vysvětlovat a měla by se podílet na socializaci klienta (Schwarz, 2008). Pokud se u parkinsoniků vyskytují halucinace a přeludy, sestra by mu je neměla vyvracet a měla by se snažit, převést řeč jinam. Hlavně je důležité, aby klientovy obtíže nebagatelizovala (Hettychová 2012).

1.5.3.2 Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Jedná se o ztížení pohybu těla, nebo končetin i při chůzi, projevují se zhoršením jemných i hrubých motorických schopností, omezením pohybu, třesem, zpomalením, špatnou koordinací pohybu i při chůzi ze schodů, či z kopce, po nevhodném terénu a neschopnosti ujít větší vzdálenosti (Herdman, 2013). Cílem je zamezit šíření nepohyblivosti, zabránit vzniku kontraktur a proleženin a posílení svalů. Parkinsonici musejí hlavně pravidelně a správně rehabilitovat, aby podporovali svoji pohyblivost. Existují různé cviky napomáhající k samostatnosti a udržení zručnosti, ke cvikům je řada letáků určená přímo pro parkinsoniky. Uvedenými činnostmi se pozitivně se ovlivňuje průběh nemoci (Seidl 2008).

Pokud je klient schopen, je vhodné, aby mu sestra doporučila klientovi různé aerobní aktivity od chůze v přírodě, běh, jízdu na rotopedu, jízdu na kole, nordic walking, přes tanec, míčové hry, golf, pilates až po plavání. Seznámí klienta s různými pomůckami, jež lze využívat, jimiž jsou při hygieně nástavce na WC, madla v koupelně, ve vaně by měl používat sedačku, ve sprchovém koutě stoličku, protiskluzové podložky. Při jídle je vhodné používání příborů se speciálním úchopem, jinak tvarovaný talíř, hrnky a skleničky s ouškem pro snadnější uchopení, protiskluzové prostírání, nádobí s přísavkami a brčka. Při oblékání pomohou pro snadnější obsluhu pomůcky na zapínání knoflíků, navlékače ponožek, či elastické nebo pružinové tkaničky (Puršová a Roth 2011)

1.5.3.3 Zhoršený komfort (00214)

Jedná se o vnímání nedostatků vyvolané onemocněním a přání úlevy a uvolnění v bio-psycho-socio-spirituální a environmentální sféře a o aktivity posilující snahu, projevující se klientovým chtěním zlepšit svůj stav a tužbu po nezávislosti v péči o svou osobu. Sebepéče klienta je ovlivňována především třesem končetin a postupně celého těla, což zhoršuje klientův komfort (Herdman, 2013). Cílem je zmírnění projevů třesu a

celkové zklidnění. Sestra by se měla snažit klienta uklidnit, vysvětlit mu, že pokud se třes snaží zamaskovat, je pak ve stresu a třes se u něj projevuje více. Poradí mu, že například v restauraci se dá předejít obavám z toho, že něco shodí, či neudrží příbor, objednáním jídla, jež se dá jíst rukama a domluvou s personálem o servírování pokrmů na samostatné talíře. Třes negativně ovlivňuje sebepěči, proto je vhodné, aby sestra klienta seznámila s používáním již zmíněných pomůcek pro usnadnění sebeobsluhy (Schwarz, 2008).

Sestra obeznámí klienta s různými prostředky, jež zmírňují třes. Vysvětlí, že proti třesu pomáhá pevný úchyt pevného předmětu, dále že třes hlavy je možné zmírnit podepřením hlavy oběma rukama. Je nutné, aby klienta obeznámila s tím, že strach a vzrušení mohou třes zvyšovat a o důležitosti snahy o sebeovládání a celkové zklidnění. Informuje také, že na zmírnění třesu existují různé hmaty a obraty končetin. Pokud klienty doprovází i bolest šíje a končetin, je vhodné, aby doporučila vhodné masáže a cviky na uvolnění strnutí a bolesti (Šalátek, 2005).

1.5.3.4 Stresové přetížení (00177)

Jedná se o množství podnětů, jež na klienta působí negativně a nezvládá je řešit, potýká se s obavami a pocity diskomfortu. Vše se pak projevuje netrpělivostí, napětím a stresem, roztěkaností, neklidem, strachem a třesem (Herdman, 2013). Cílem je snížení a zvládnutí stresu. Sestra uklidní klienta a informuje ho o nutnosti udržet klid a psychickou vyrovnanost. Vysvětlí mu, že pokud se nebude stresovat možnými projevy nemoci, bude lépe zvládat každodenní život. Psychická pohoda je totiž předpokladem i dobrého fyzického stavu (Šalátek, 2005)

Sestra vysvětlí potřebu kvalitního spánku a odpočinku a hlavně pomůže klientovi adaptovat se na nemoc. Sleduje, jak klient zvládá zátěž a promluví si s klientem o nemoci, vše mu vysvětlí a naslouchá jeho potřebám. Poučí klienta o jeho chování po propuštění do domácího prostředí, o vhodnosti správného rozvržení denního programu, jež zahrnuje činnosti, důležité pro klienta a jeho rodinu. Sestra upozorní klienta, že na

prvním místě musí být on a jeho potřeby. Pokud klientovi lékař předepsal léky na zvládnání zátěže, úzkost a uklidnění, doplní potřebné informace (Schwarz 2008).

1.5.3.5 Zhoršená verbální komunikace (00051)

Jedná se o ztížený proces komunikace, projevující se obtížným slovním vyjádřením, zhoršenou mimikou, horší artikulací a někdy i nemluvností (Herdman, 2013). Cílem je zlepšit komunikaci, naučit klienta propojit verbální komunikaci s neverbální a informovat o možnostech, které pomohou klientovi snadněji vyjádřit jeho potřeby. Řeč parkinsoniků bývá monotónní, nesrozumitelná a rozmazaná, chybí dynamika, hlas slábne, klient se zadržává a zajíká. V prvotních stádiích nebývají porušené kognitivní funkce (Krejčíčková, 2011).

Pro podporu řeči a komunikace je vhodné, aby sestra klientovi doporučila čtení nahlas a konverzaci v kolektivu, dále by měla klienta edukovat o důležitosti nácviku mimiky tváře a je vhodné, aby s ním nácvik i prováděla. Měla by klienta informovat o dalších možnostech nácviku řeči, například o využití metronomu, který napomáhá klientovi k přiměřené rychlosti řeči při výslovnosti, či o tom, že si může řeč nahrávat na diktafon, což poté klientovi umožní zpětnou vazbu. Sestra by měla klienta upozornit na využití odborné pomoci logopeda což je pro zlepšení komunikace také velmi přínosné. Klienti mají problémy nejen s komunikací, ale jak už bylo výše uvedeno, trpí též mikrografií, sestra by měla klientovi doporučit různé písanky pro nácvik písma a zdůraznit, že při psaní je důležité položení celého předloktí na podložku. Je vhodné, aby sestra doporučila klientovi různé pomůcky pro usnadnění psaní, případně mu navrhla psaní na počítači nebo nahrávání. Měla by dále informovat klienta o možnosti využití somatopeda, s nímž nacvičí jemnou i hrubou motoriku pomocí grafomotorických cviků (Šalátek 2005; Hettychová 2012).

1.5.3.6 Zácpa (00011), zhoršené vylučování moči (00016)

Při zácpě se jedná o prodloužení intervalů a obtížné vyprazdňování stolice, projevují se snížením frekvence a objemu stolice, vzednutým břichem a poruchou trávení (Herdman, 2013). Klienti mají sníženou peristaltiku střeva, strava se neposouvá a dostavuje se zácpa. Cílem je obnovení peristaltiky a dobré funkčnosti střev. Zácpě se dá předcházet různými způsoby. Podávání projímadel a nálevů by mělo být až na posledním místě. Sestra by měla edukovat klienta o důležitosti vhodné a vyvážené stravy bohaté na vlákninu a nutnosti podávat travu v menších dávkách vícekrát za den. Dále informuje o nezbytnosti dostatečného přísunu tekutin, minimálně dva litry za den, v letních měsících více. Musí klienta poučit o tom, že správná funkce střev je velmi důležitá, napomáhá totiž k lepšímu vstřebávání levodopy. Měla by také klienta instruovat o důležitosti bílkovin ve stravě, pokud by je totiž nepřijímal, jeho stav by se zhoršil. Je však také nezbytné, oznámit klientovi, že bílkoviny snižují vstřebávání levodopy ve střevě a že klient musí této skutečnosti přizpůsobit jak složení stravy, tak její časové rozvržení v návaznosti na dobu užívání léku (Chocenská 2010).

Při zhoršeném vylučování moči se jedná o poruchu při vyprazdňování moči, projevující se častým močením i v noci a možnou inkontinencí (Herdman, 2013). Cílem je úprava močení. U parkinsoniků se často objevují problémy s močením až inkontinence, je proto důležité, aby sestra poučila klienta o správném vyprazdňování močového měchýře a pokud klient trpí inkontinencí edukovala ho o správné hygieně nebo úkony prováděla ona. Je též důležité, aby klienta informovala o možnosti a způsobu využívání inkontinenčních pomůcek a jejich dosažitelnosti (Dušek, Uhrová, Puršová a kol., 2013).

1.5.3.7 Snaha zlepšit výživu (00163), porucha polykání (00103)

Při snaze zlepšení výživy se hlavně jedná o ovlivňování nechutenství, o snahu a zajištění dostatečného příjmu živin, projevující se ochotou ke zlepšení příjmu živin,

pravidelným příjmem vhodných potravin a tekutin (Herdman, 2013). Cílem je eliminovat nechutenství. Nechutenství můžeme pozorovat jako vedlejší účinek dopaminergní léčby, důvodem může být také deprese. Sestra doporučí klientovi, že je vhodné, aby jedl potraviny, které má rád energeticky hodnotné. Poučí klienta o přijímání potravy v závislosti na jeho fyzické námaze, jídle v častých intervalech a v menších dávkách. Trpí-li klient nechutenstvím déle, je vhodné, aby jej sestra poučila o užívání průmyslově vyráběných doplňků stravy například Nutridrinků aj. (Dostál a Chvístková 2010).

Při poruše polykání se jedná o nesprávnou činnost polykacího mechanismu, projevující se odmítáním stravy, pyrózou, opakovaným a obtížným polykáním a sníženou chutí k jídlu (Herdman, 2013). Cílem je eliminovat polykací obtíže. Je důležité, aby sestra edukovala klienta a nutnosti dodržování pitného režimu, pobízela jej, aby neustále popíjel po malých doušcích tekutiny. Pro zvýšenou tvorbu slin by měla klientovi doporučit žvýkat žvýkačky, či cucat bonbony. Měla by klientovi zdůraznit, že nejsou vhodné ústní vody s obsahem alkoholu, díky nimž je totiž sliznice ještě více suchá. Porucha polykání se vyskytuje hojně v pozdějších stádiích nemoci. Potrava se vrací a klient ji není schopen posunout dále trávicím traktem. Sestra edukuje klienta o podávání potravy v období dobré fyzické aktivity. Poučí o vhodnosti dobře stravitelné stravy a o potravě v mixovaném stavu u klientů s těžší formou polykacích obtíží. Informuje také klienta o využití sippingu. V nejkrajnějším případě podává sestra klientovi stravu NGS, PEJ či PEG. PEG a PEJ jsou vhodnější a pohodlnější, pokud je klient zručný, přijímá takto stravu sám. (Dostál a Chvístková 2010)

1.5.3.8 Riziko pádu (00155)

Jedná se o situaci, kdy je klient ohrožen pádem a při níž tak může dojít k úrazu. Riziku pádu je vystaven klient, který má již pády v anamnéze, klient, který se pohybuje v ohrožujícím či neznámém prostředí nebo používá kompenzační pomůcky pro zlepšení pohyblivosti. Pád hrozí též klientovi, jehož domácnost není dostatečně zabezpečená

proti možnému uklouznutí nebo zakopnutí (Herdman, 2013). Cílem je zajistit klientovi bezpečné prostředí a eliminovat rizika možného pádu. Klienti snadno ztrácejí rovnováhu, pokud se objeví i freezing je riziko o to vyšší. Sestra by měla klientovi poradit, že při samotném padání je vhodné co nejvíce snížit těžiště, tímto je totiž pád nejméně postihující. Sdělí klientovi, jak je důležité plné soustředění na pohyb, protože pády bývají zpravidla zapříčiněné nepozorností, zakopnutím atp. Měla by klientovi doporučit, že je nutné odstranit všechny předměty, jež by mohly způsobovat pád a eliminovat situace, při kterých by mohlo k pádu dojít. Informuje klienta o používání vhodné obuvi, využívání kompenzačních pomůcek, jako jsou francouzské hole, chodítka, případně postranice k lůžku na noc aj. (Šalátek 2005)

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat ošetrovatelské problémy u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta.

Cíl 2: Zmapovat ošetrovatelské intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou ošetrovatelské problémy u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry?
2. Jaké jsou ošetrovatelské problémy u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu klienta?
3. Jaké jsou ošetrovatelské intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry?
4. Jaké jsou ošetrovatelské intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu klienta?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Bakalářská práce na téma Ošetrovatelská péče o klienta s Parkinsonovou chorobou je zpracována dle odborné literatury. Výzkum byl prováděn formou kvalitativního šetření, metodou dotazování, technikou hloubkového rozhovoru se sestrami, které pečují o klienta s Parkinsonovou chorobou a s klienty, jež touto chorobou trpí.

Polostrukturované rozhovory byly prováděny v březnu roku 2014, se sestrami z neurologického oddělení, z léčebny dlouhodobě nemocných a z domácí péče (Příloha 7). Výzkumné šetření se sestrami bylo prováděno s laskavým svolením hlavní sestry, jež mi odpověděla kladně e-mailem na moji žádost a vrchních sester daných oddělení. Dále pak po telefonické domluvě s majitelkou domácí péče. Klienti jsou členové Parkinson klubu v Českých Budějovicích a klient s Parkinsonovou chorobou z vesnice u Náměště nad Oslavou (Příloha 8). Rozhovory s parkinsoniky byly sjednány e-mailem s předsedkyní Parkinson klubu v Českých Budějovicích a s jedním klientem z vesnice u Náměště nad Oslavou.

Provedené rozhovory byly přepsány doslovně z diktafonu, na který byly nahrávány (Příloha CD). V rozhovorech byly na úvod zjištěny identifikační údaje o sestřích a klientech a poté byly zjišťovány jednotlivé problémy a intervence. Metodou otevřeného kódování tužka a papír byly vytvořeny kódy, které byly rozčleněny do kategorií a podkategorií (Švaříček, Šed'ová a kol, 2007). Rozhovory byly vytištěny, pročteny, podtrhány stejně i odlišné informace a z nich utvořeny jednotlivé kódy (Příloha 9), kategorie a podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor (Tabulka 1) tvořily sestry, poskytující ošetrovatelskou péči u parkinsoniků, byly to čtyři sestry z neurologického oddělení, čtyři sestry z léčebny

dlouhodobě nemocných rovněž z nemocnice a dvě sestry z Agentury domácí péče. Výzkum byl prováděn v Třebíči.

Nejmladší dotazované sestře je 28 let a nejstarší je 54 let, průměrný věk dotazovaných sester je 43 let. Jedna sestra má magisterský a má bakalářský titul, jedna sestra vystudovala vyšší odbornou školu, ostatní mají vystudovanou střední zdravotnickou školu. Délka praxe sester je od tří do třiceti let, její průměr je 12 let.

Tabulka 1: Identifikační údaje sester

Identifikace sester				
	pracoviště	věk	vzdělání	praxe s parkinsoniky (roky)
setra 1	neurologie	39	SZŠ	10
setra 2	neurologie	53	SZŠ	30
setra 3	neurologie	28	VOŠ – diplomovaná sestra	3
setra 4	neurologie	51	VŠ – Mgr.	15
setra 5	LDN	38	SZŠ	7
setra 6	LDN	54	SZŠ	10
setra 7	LDN	43	SZŠ	18
setra 8	LDN	50	SZŠ	15
sestra 9	domácí péče	36	SZŠ	5
sestra 10	domácí péče	35	VŠ – Bc.	9

Druhý výzkumný soubor (Tabulka 2), tvořilo pět parkinsoniků z Parkinson klubu České Budějovice a klient s Parkinsonovou chorobou z vesnice u Náměště nad Oslavou, docházející na individuální muzikoterapii v Náměšti.

Rozhovory s klienty byly prováděny s třemi ženami a třemi muži. Pět klientů je z města a jeden z vesnice. Nejmladšímu parkinsonikovi je 48 let a nejstaršímu je 71 let, jejich průměrný věk je 63 let. Rozmezí v trvání choroby parkinsoniků je od čtyř do dvaceti let, průměrně 12 let.

Tabulka 2: Identifikační údaje klientů

Identifikace klientů				
	pohlaví	věk	místo bydliště	délka onemocnění (roky)
klient 1	žena	56	město	5
klient 2	žena	70	město	20
klient 3	muž	48	město	4
klient 4	muž	71	město	7
klient 5	žena	70	město	20
klient 6	muž	61	vesnice	13

4 Výsledky

4.1 Kategorizace rozhovorů se sestrami

Z rozhovorů se sestrami byly identifikovány následující kategorie: „Ošetrovatelské problémy“, Ošetrovatelská péče“ a „Specifické intervence“.

Kategorie „Ošetrovatelské problémy“

Kategorie „Ošetrovatelské problémy“ byla rozdělena do dvou podkategorií „nejčastější problémy“ a „nejvíce obtěžující problémy“, s nimiž se klient potýká, do nichž byla zakódována jednotlivá tvrzení.

Podkategorie „Nejčastější problémy“

Všechny sestry uvedly, že klienti se potýkají s omezenou schopností sebezpečí, dále uváděly ztuhlost a poruchy hybnosti, riziko pádu, ztíženou komunikaci, náročnou a plnou péči a třes. Dále se zmiňovaly o zpomalenosti a únavě, potížích s chůzí, strachu a úzkosti, zácpě, inkontinenci, bezmocnosti a beznaděži. Ostatní kódy, jako potíže s dolními končetinami, riziko infekce, otoky, bolest, hospitalismus, potíže s dýcháním, lehká demence, závratě, obtížná socializace a porušený spánek, už uváděly sestry jen jednotlivě. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Většinou nejvíc jim vadí ztuhlost a neschopnost sebezpečí, zpomalenost, takový to zasekávání se v chůzi, pády jsou dost často, ta ošetrovatelská péče je u nich náročná.

S2: Tak je to ten deficit sebezpečí, mít samozřejmě plnou ošetrovatelskou péči.

S3: S rizikem pádu, že se třepe a má špatnou chůzi, takovou tu ťapkavou, bolesti dolních končetin, někteří mají, mně přijde ten syndrom neklidných nohou, když mají flexilku tak s rizikem infekce, s poruchou sebezpečí, s poruchou hybnosti.

S4: Potýkají se s nesoběstačností způsobenou třesem a poruchou sebedpěče, mají svalovou ztuhlost, špatně se pohybují, taky strach, zácpa, otoky, bolest, hospitalismus a může se jim taky špatně dýchat.

S5: Co se týče hygieny, nezvládnou se celí umýt třeba kvůli třesu, riziko pádu, příjem potravy, příjem tekutin.

S6: Stěžejní hlavně ten třes, i takovou tou lehkou demencí, musí být celková péče, neumí se podle mě tak nějak ani vyjádřit potom.

S7: Omezená sebedpěče, jak má ten třes a to, celkově je tak nějak ve všem omezenej.

S8: Omezená sebeobsluha, časem potom dorozumívání zhoršený.

S9: Potýkají se se zhoršenou pohyblivostí, zhoršenou verbální komunikací, i úzkost, bývají unavení, hrozí u nich riziko pádu, určitá bezmocnost, mají deficit sebedpěče, mít i inkontinenci a taky můžou trpět chronickou bolestí.

S10: Trpí zavrátěma, obtížně artikulují, mohou trpět inkontinencí a být celkově v beznaději, se obtížně zařazovat do společnosti, taky závislí na druhé osobě, někteří trpí zácpou a porušeným spánkem.

Podkategorie „Nejvíce obtěžující problémy“

Nejvíce sester se shodlo na problémech s pohybem a rovnováhou, problémech se soběstačností a třesem. Dále uváděly sociální izolaci, psychické problémy, sníženou aktivitu, riziko pádu, poruchy chůze, poškozenou komunikaci, zpomalení. Další kódy se objevovaly pouze jednou a byly to nechutenství, diskomfort, neznalost pojmu, porucha výživy, porucha vyprazdňování, poškozená kvalita života, porucha spánku a porucha paměti. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Sociální izolace jim vadí, chuť k jídlu mívají změnou, pohyblivost, soběstačnost.

S2: Po psychické stránce taková apatie, mnohdy nemají chuť něco se sebou dělat.

S3: Diskomfort, neznalost pojmu, porucha sebedpěče, riziko pádu.

S4: Třes hlavně rukou a jím způsobená omezená soběstačnost, samotného pohybu, poruchy rovnováhy a hybnosti, poruchy výživy a vyprazdňování.

S5: Omezená hybnost, nebo ten třes končetin.

S6: Poškozená chůze, mobilita člověka, život už nemá takovou kvalitu, ztráta mobility, bojí se pádu, nemůže se procházet sám.

S7: Že se o sebe nedokážou tak postarat v plné míře.

S8: Musí jít někomu říct o péči, nemůžou se vyjádřit.

S9: Celkový zpomalení pohybu, svalová ztuhlost a třes, můžou obtížně udržovat rovnováhu, chodí v předklonu, spánkové poruchy, být osamocení, porušená komunikace.

S10: Zapomínají, to že se třesou, že jsou celkově zpomalení a že mají zmenšený rozsah pohybu, nestabilitu a sníženou celkovou aktivitu, různé psychické potíže, obtíže s najedením a celkově s péčí o sebe.

Kategorie „Ošetrovatelská péče“

Kategorie „Ošetrovatelská péče“ byla rozdělena do pěti podkategorií a jsou jimi „obecné zásady“, „specifika“, „nejčastější úkony“, „reakce na onemocnění dle věku“ a „podpora a socializace“.

Podkategorie „Obecné zásady“

V této podkategorii se nejvíce sester vyjádřilo k aktivizaci, k nutnosti nenechat klienta v nečinnosti, dále k rehabilitaci a dopomoci dle skutečné potřeby. Dále se zmínily o nutnosti pravidelnosti podávání léků, motivaci a podpoře a nácviku sebeobsluhy. K ostatním úkonům se vyjádřily sestry opět jednotlivě a byly to vstřícnost, prevence pádu a úrazu, socializace, prevence dekubitů, dostatek informací, dodržovat zásady komunikace, nespěchat, sledovat psychický stav, sledovat vyprazdňování a trénování paměti. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Neustále aktivizovat, nenechávat hlavně ležet nebo v nečinnosti, snažit se rehabilitovat, léky co se nastaví, musí dostávat pravidelně, aby opravdu všechno si dělali sami, pomoci jenom v tom co jim opravdu nejde.

S2: Hlavně aktivizovat a motivovat.

S3: Podávání léků jak mají časovaný, podle toho jak jsou šikovní, snažit se být vstřícná.

S4: Prevence pádu a úrazu, socializace klienta a jeho mobilizace.

S5: Dopomoc při jídle, při hygieně, při oblékání, při chůzi.

S6: Dohled, dopomoc při hygienické péči, v příjmu potravy, když se nemoc rozvine, celková ošetrovatelská péče.

S7: Prevence dekubitů, když se nedokážou na lůžku pohybovat, dopomáhat s krmením, při ranní toaletě a celkový hygieně, rehabilitace.

S8: Nácvik sebeobsluhy, rehabilitace, aby si došli eventuálně na záchod, v rámci lůžka třeba soběstační, zvládli se najest, napít, tak nějak oblíct.

S9: Dostatek informací, s klientama komunikovat pomalu a klidně a vyslechnout je, sledovat jejich náladu a psychický stav a vyprazdňování, pravidelně užívat léky, provádět kondiční cvičení, nemělo by se na ně spěchat.

S10: Trénování paměti, motivovala a podporovala bych klienta, postupně se přizpůsobovat měnícím se schopnostem klienta, udržet aktivitu klienta a nutit ho k soustavnému nácviku běžných denních činností, doporučení jak třeba vstávat z lůžka a hlavně pochvala klienta za různé úspěchy.

Podkategorie „Specifika“

Sestry za nejdůležitější specifikum považují mít na klienta dostatek času a věnovat se mu. Dále se zmiňují o nutnosti klienta povzbuzovat, aktivizovat a motivovat a o přístupu a dopomoci podle stavu a stádia onemocnění. Do specifík také řadí časování léků, být trpělivá, empatická a rehabilitaci. Individuálně sestry respektují pomalost a ztuhlosti, jiný vzhled, ztíženou komunikaci. Psychicky klienty podporují a přistupují k nim individuálně. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Pomalost a ztuhlost to je takový zvláštní u těch lidí, i vzhledově jinak vypadají, že jsou naštvaní, hlídáme časy těch tabletek.

S2: Povzbuzovat, věnovat se jim, pořád je aktivizovat.

S3: Podle toho jak moc je ten člověk postižený tou nemocí.

S4: Dopomoc eventuelně dle aktuálního stavu klienta pak celková péče při denních aktivitách a pak nácvik rovnováhy.

S5: Zábřany se používají, aby nespádli či sami nevyhlízali.

S6: Přistupovat s trpělivostí a empatií a mít na ně čas.

S7: V podávání těch léků.

S8: Pravidelnou medikaci, kterou je potřeba pravidelně užívat, aby nedocházelo k výpadkům.

S9: Komunikace, nespěchat na ně a dát jim prostor k vyjádření, povzbuzovat a podporovat, pravidelné cvičení, nácvik sebeobsluhy dle jejich stavu.

S10: Psychická podpora, dostatečná trpělivost a čas, speciální rehabilitace, kdy se cvičí různými cvikama mimický svaly, cvičí se vleže, na boku, nebo vsedě a cvičí se taky řeč, musí se přistupovat individuálně a hlavně ho motivovat k pohybu a ostatnímu.

Podkategorie „Nejčastější úkony“

Téměř všechny sestry klientům asistují při péči o sebe a nacvičují s nimi sebeobsluhu. Často s nimi také rehabilitují, podávají jim léky a dopomáhají při chůzi. Dále klienty motivují a podporují, trénují s nimi paměť, nacvičují jemnou motoriku. Individuálně hovořili o podávání tekutin, zapojení rodiny, prevenci pádu, aktivizaci, prevenci dekubitů a edukaci a odpočinku. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Asistujeme jim při hygieně, dohlížíme na podání těch léků, pobízíme je průběžně přes den, aby pili, mívají rehabilitaci, rodinu co nejvíc, aby za ním chodili.

S2: Denní program, jídlo, hygiena, vyprazdňování a potom samozřejmě motivovat, chodit, rehabilitace.

S3: Dopomoc podle potreby s hygienou, chůzí, vyprazdňováním no a prevence toho pádu.

S4: Provádíme nácvik sebezpeče a sebeobsluhy, dopomoc při chůzi, aktivizujeme klienta, provádíme prevenci dekubitů.

S5: Dbát na pravidelný braní léků, pravidelně rehabilitovat, trénovat paměť a cvičit jemná motorika.

S6: Nacvičuje se sebeobsluha.

S7: Komplexní péče počínaje krmením, přes hygienu a vyprazdňováním konče.

S8: Motivování a podporování k pravidelný aktivitě, sebeobsluze a k chůzi.

S9: Kondiční cvičení, pro udržení a podporu té pohyblivosti.

S10: Kondiční cvičení, trénování paměti, podporuje se jemná a hrubá motorika, dohlížet na pravidelné braní léků, cvičit chůze, edukovat o správným a dostatečným odpočinku.

Podkategorie „Reakce na onemocnění dle věku“

Sestry se domnívají, že hůře nemoc snáší mladší lidé. Opačný názor má sestra z LDN, domnívá se, že hůře ji snáší starší a sestry z domácí péče se shodují, že na věku nezáleží. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Mladší, protože je to někdy v době kdy by ještě měli chodit do práce, tak je to postihne i finančně, sociálně.

S2: Mladší, protože jsou to ještě lidé plní života, plně si to uvědomujou.

S3: Mladší, omezuje je to v práci, nemůžou celkově ani nic moc dělat.

S4: Pro mladší je ale těžké se smířit s takovou chorobou, jsou vytrženi více ze života a mají pocit degradace, co se týče sociálního soužití, omezením pracovních schopností a v rodinném soužití, může u nich být i stud.

S5: Mladší, protože jim vadí hlavně ten třes těch končetin, že je to třeba hodně nápadný.

S6: Mladší, člověk žije život ještě aktivně, tak je omezenej.

S7: Mladší, protože jsou více závislí na okolí a hůře to snáší.

S8: Starší muži to snášejou až nejhůř, ti bejvají až takoví jako protivní, nervní, u mladších je to zase o postupný ztrátě sebeobsluhy, že třeba se stydíjou, říct si o tu péči.

S9: Záleží na osobnosti a povaze toho klienta.

S10: Věková hranice nerozhoduje, záleží na citlivosti klienta, na prostředí a rodině, mladší jsou omezení při činnostech a starší mají zase zhoršený pohybový aparát, hůř se přizpůsobujou novým věcem a mohou být ve větší beznaději a víc pesimističtí.

Podkategorie „Podpora a socializace“

Většina sester zahrnuje do podpory a socializace hlavně zapojení rodiny. Hodně se také zmiňovaly o parkinsonických sdruženích, povzbuzování a motivaci k výkonu, milém a citlivém personálu, výletech a manuální tvořivosti. Individuálně mluví o rehabilitaci, rozhovoru, psychologovi, dodání sebedůvěry, nácviku sebezpečí a zapojení do okolí. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Rehabilitací, povzbuzováním k výkonu, pouštíme návštěvy kdykoliv se to návštěvám hodí, snažíme se jim třeba ukázat co s něma můžou, aby se taky zapojili, všechno říkat i připomínat.

S2: S tím člověkem promluví a především s rodinou.

S3: Spolupracovat s rodinou, aby ta se je snažila začlenit do té společnosti, Parkinson kluby, i sestra se snažit bejt na ně jako milá.

S4: Pomoc co se týče psychiky, podpora rodiny a citlivý přístup personálu, dodat jim sebedůvěru, sdružení parkinsoniků, výlety a činnosti manuální tvořivosti.

S5: Podporovat, aby nezůstali v nečinnosti a edukovat rodinu.

S6: Podporovat, podněcovat k té činnosti, aby neupadal třeba i do nějakýho toho depresivního stavu, nabízet třeba ty drobný úkony, který tady může vykonávat.

S7: Vlídným jednáním, empatií, snažit se nacvičovat tu sebezpečí.

S8: Slovně podpořit, existujou nějaký ty stacionáře.

S9: Zapojení rodiny a podpora, pracovní terapie a Domovinka.

S10: Neodtrhovat od okolního světa, aby se setkávali se stejně nemocnými, motivovat je, psychicky podporovat a zapojit rodinu.

Kategorie „Specifické intervence“

Kategorie „Specifické intervence“ zahrnuje konkrétní intervence při jednotlivých problémech, s nimiž se parkinsonik potýká. Obsahuje sedm podkategorií „zhoršení pohyblivosti a chůze“, „doporučení při třesu“, „techniky proti stresu, úzkosti a depresi“, „zlepšení komunikace“, „doporučení proti problémům s močením a zácpou“, „úkony proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství“, a „opatření proti pádu“.

Podkategorie „Zlepšení pohyblivosti a chůze“

Nejvíce sester by doporučilo klientovi zlepšit pohyblivost a chůzi rehabilitací a používáním kompenzačních pomůcek. Hodně mluví také o nácvičku stoje a chůze, nácvičku držení těla a medikaci. Některé sestry by imobilní klienty polohovaly a prováděly by u nich prevenci kontraktur. Sestra z neurologie se zmiňuje o aktivizaci a pomoci fyzioterapeuta. Sestra z domácí péče by k pohybu klienta motivovala a podporovala by ho při něm. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Rehabilitací, aktivizace, dobře reagujou na povely, chodíme nima, vykročíme a raz dva, levá pravá, snažíme se je to i učit, aby si to i sami předřikávali, chodí s chodítkem, dochází fyzioterapeut

S2: Pomůckama a rehabilitací především, ještě se říká sanitářům, můžou se s ním projít.

S3: Rehabilitací, nějakýma pomůckami, ty chodítka, hůlky, no a ty léky.

S4: Různé pomůcky k chůzi a rehabilitovat, v horším stavu polohovat.

S5: Dopomocí, vhodnýma pomůckami, nějaký chodítko, nebo eventuelně použít křeslo, berle.

S6: Docílit těma rehabilitačníma pomůckama, aby ten člověk se musel tak nějak pohybovat.

S7: Medikací, rehabilitací to zlepšovat.

S8: Medikacema, aby se podávaly tak jak mají, aby se nedělaly kontraktury alespoň pár krůčků, u postele je stavět, na posteli taky cvičit.

S9: Nacvičovat u zdi nácvik vzpřímeného držení těla, nácvik chůze, dělat delší kroky, zvedat kolena, u schopnějších klientů chůze pozadu, jinak taky do stran a nacvičovat otáčení, když mají ztuhlosti udělat úkrok nebo zákrok, nacvičovat přenášení váhy, cvičení celého těla, různé švihové cviky, využívání protetických pomůcek.

S10: Pravidelnou speciální rehabilitací, motivací a podporou klienta při udržování správné polohy a nácvikama stoje a chůze, používat kompenzační pomůcky.

Podkategorie „Doporučení proti třesu“

Nejvíce si sestry zdůrazňují, že proti třesu je nejlepší pravidelná medikace. Některé hovoří o nutnosti dělat vše v klidu a mít na vše dostatek času a klienta nestresovat. Dále se zmiňují o doporučeních k zastavení třesoucích se horních a dolních končetin, rehabilitaci, bazální stimulaci a relaxaci. Jednotlivě považují za vhodné odvést pozornost od třesu, poučení o odhadnutí schopností, pravidelný denní režim a používání pomůcek pro lepší úchyt, nedávat těžké věci. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Lékama se to zlepšuje, s některýma činnostma počkají kdy je jim nejlíp, spíše neupozorňovat, odvést pozornost.

S2: Záleží, jak je navolenej lékama, jestli se třesou horní končetin, nemůže se najíst, tak ho musíme krmit, třeba naše babička, občas se jí klepou ruce, tak třeba nevezme do ruky hrnek a neneso ho, dokáže to odhadnout, pokud se jí klepe noha, chvíli ji nechá klepat, třeba rukou se snaží to zastavit.

S3: Už si to nepamatuju, nevím, co bych mu poradila.

S4: Rehabilitace, relaxace, různé techniky bazální stimulace a uklidnit klienta a nestresovat, brát pravidelně léky, měli by mít pravidelný denní režim.

S5: Většinou medikačně.

S6: Medikamentózní cesta.

S7: Aby se snažil nespěchat, dělat všechno v klidu, dát najevo, že to nemusí být všechno teď hned, to znervózňuje a ten třes je pak horší.

S8: Medikace, dávat přístroje nebo věci co udrží v rukách, nedávat jim těžký co by ruce namáhalo, člověk, který je v klidu a v pohodě, má málo kdy problémy.

S9: Když se třese ruka dát za pásek, nebo zatížit paži, nebo si sednout na ruce, když se třese noha zaklesnout za nohu od židle, častěji měnit polohu končetin a při cvičení více napsat končetiny.

S10: Aby byli v psychický pohodě, měli dostatečný spánek a odpočinek, vyvarovat se stresovým situacím, nesmíme je stresovat, brát léky dle ordinace lékaře.

Podkategorie „Techniky proti stresu, úzkosti a depresi“

Proti těmto problémům většina sester klienta vyslechne a povzbudí. Polovina sester považuje za vhodné medikamentózní řešení. Dále by sestry poučily rodinu a přivolaly psychologa či psychiatra. Klienta zaměstnaly nějakou činností, či doporučily relaxaci. Individuálně doporučují masáže a míčkování, bazální stimulace a udržení kontaktu s okolím. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Člověk za nima jde, usměje se, vyslechne je, snaží se je povzbudit, něčím i zaměstnat.

S2: Popovídám si, řeknem si možnosti řešení, zase je to o rodině.

S3: Psychologa, nebo psychiatra bych asi zavolala, Lexaurin na zklidnění.

S4: Antidepresiva, doporučit různé relaxační techniky, třeba taky masáže a míčkování, přistupovat trpělivě, shovívavě, a promluvit s rodinou, aby často chodila.

S5: Rozhovor, uklidnit, promluvit si s rodinou, aby třeba častěji chodili.

S6: Psychickou podporu, přizvat člověka edukovaného v tom jak s těma lidma mluvit.

S7: Určitý techniky bazální stimulace, třeba třeba různěma dotekama.

S8: Celkově zklidnit, buďto slovně pokud to nejde medikací

S9: Komunikace s klientem, vyslechnout obtíže a nekritizovat ho, návštěva psychologa, antidepresiva, nacvičovat relaxaci.

S10: Probírat jeho stav, potíže, přivést na jiný myšlenky a komunikovat s rodinou, udržovat kontakt s okolním světem, dokazovat, že jsou oblíbení a důležití pro ostatní, dávat medikaci na to určenou.

Podkategorie „Zlepšení komunikace“

Pro zlepšení komunikace je dle poloviny sester vhodná konzultace s logopedem a dodržování zásad správné komunikace. Také doporučují využívání sdělovacích prostředků, rozhovor, komunikaci se spolupacienty, logopedické pomůcky, edukaci rodiny, procvičovat komunikaci, procvičovat mimické svaly. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Třeba sestěhujeme na pokoj, kde mají lepší spolupacienty, kde s nima může někdo mluvit, pouští si televizi, na vyžádání chodí logoped.

S2: Dávat na pokoj, aby si povídali, nebo když je tam televize, objednává se logoped.

S3: Logopeda bych zavolala.

S4: Používáním logopedickejch pomůcek, mluvit v klidném prostředí a klidně k nim taky přistupovat, komunikovat s ním pomalu a srozumitelně.

S5: Mluvit s ním, aby řekl své potíže, nebo s rodinou, aby chodili, mluvili, poslouchat něco z rádia.

S6: Logoped, komunikovat s klientem.

S7: Dát prostor a čas na vyjádření, empatii, nespěchat.

S8: S klientem se snažit mluvit, aby opakoval, nenapovídat mu, aby se snažil sám to říct.

S9: Mluvit pomalu, zřetelně, čelem ke klientovi, aby mohl třeba odezírat, povzbuzovat a nespěchat, používat obrázkové karty, blok a tužku, gesta a doporučit cvičení mimiky před zrcadlem, povzbudit rodinu ke komunikaci s klientem a edukovat.

S10: Procvičováním mimických svalů, procvičováním artikulace, různým řečovým a opakovacím cvičením, komunikovat v klidném prostředí a volit vhodně otázky, návštěva logopeda.

Podkategorie „Doporučení proti problémům s močením a zácpou“

Všechny sestry by tyto problémy řešily medikací, většina doporučuje dostatek tekutin, užívání potravin podporujících vyprazdňování, používání inkontinenčních pomůcek a dostatek pohybu. Některé doporučují zavedení PMK, vhodnou stravu, používání pomůcek k vyprazdňování a poklepovou masáž podbřišku. Jednotlivě by monitorovaly vyprazdňování, dbaly by na zvýšenou hygienu, pravidelně by vysazovali klienta na WC a edukovaly o cvicích na posílení pánevního dna. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Tekutiny, pohyb, dostávají většinou léky, který podporují typu Motilium, přesvědčit, že nám nevadí, je doprovázet, pomůcky plenky a vložky, mejvají katetr v těžších stavech.

S2: Monitorujeme močení, stolici, dostatečně pít, vlažná voda na lačno, švestky, kompoty, tady spíše to medikamentózní řešení, sledujeme barvu moče, někdy po antiparkinsonikách mají do fialova barvu moče, hlídáme, aby tam nebylo krvácení.

S3: Pleny, nebo vložky, zvýšená nějaká ta hygiena, šetrnější projímavý prostředky.

S4: Plínky, katetry, podávat dostatek tekutin, upravit stravu a dávat jídlo s vlákninou, laxativa a zvýšit pohyb. Pravidelně je vysazovat na WC, močení třeba taky poklepová masáž podbřišku.

S5: K posteli bažant, poučit, u retence permanentní katetr, sledovat příjem tekutin, vhodnou stravu, pohyb, masáž břicha, medikace, kompoty, šťávy.

S6: Permanentní katétry, většinou jsou inkontinentní, laxativa podle ordinace lékaře.

S7: projímadla, cviky na to, od rodiny džusy, pleny, cévky, kalhotky.

S8: Aby zazvonil, dáme ho na mísu, na gramofon, správnou životosprávu, hodně ovoce, kompoty dostatek tekutin, pak medikace.

S9: Dodržování pitného režimu, dietních opatření, dostatečném pohybu, na lačno třeba vypít sklenku vlažné vody, pak už třeba Lactulosa, například posilovací cvičení svalů pánevního dna, švestkový kompot, glycerinové čípky, nebo klyzma.

S10: Laxancia, výživa bohatá na vlákninu, důležitý pitný režim, vložky či natahovací kalhotky.

Podkategorie „Úkony proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství“

Většina sester doporučuje vhodnou stravu pro lepší polykání a individuální dietu či jídlo z domu. Dále sestry doporučují též zvláštní péči o dutinu ústní a dostatek tekutin. Některé se shodují na konzultaci s nutriční terapeutkou, na farmakologickém řešení, při vážnější poruše polakání by zavedly NGS, dále doporučují jíst v sedu a v klidu a aplikaci vitamínů. Individuálně by daly proti suchosti v ústech mokrou látku na radiátor, dále pak dohled při jídle, drtit léky a omezit kofein. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Více tekutin, v zimě na radiátory mokrej hadr, dohled při jídle, posadit opravdu do sedu, všechno na kousky, nebo mletou dietu, léky se nadrtí, vychytávat to, co jim vyhovuje, nutriční terapeutky, zahušťujem tekutiny u poruchy polykání.

S2: Jedině zase farmakologicky.

S3: Léky, mletou stravu.

S4: Zvlažovat ústa, vytírat pusu ústní vodou a častá hygiena úst, často nabízet pití, podávat kašovitou stravu, léky na lepší trávení a na nechutenství, jídla, která má klient rád, jídlo z domu, v horších případech dát sondu.

S5: Na nechutenství domluvit s rodinou, aby donesla něco domácího, co mu chutná, s dietní sestrou se domlouvá o stravování a možnostech, když špatně polyká vhodnou dietu, kašovitou tekutou stravu či mixovanou, zavést sonda když by se dávili při každém soustu, zvlhčování sliznic.

S6: Vhodnou dietou, mletá, nebo i šlehaná, co má rád, ošetřovat dutinu ústní.

S7: Různý zvlhčovala, tyčinky na vytírání úst, u schopnějších bonbóny, při nechutenství doplňky stravy domlouvat s nutriční terapeutkou, při poruše polykání vhodná dieta.

S8: Doporučit jídla, který chutnají a mají je rádi, mletou stravu pokud špatně koušou, na suchost v ústech hlavně pitnej režim, u potíží s polykáním strava mletá, tekutá, nebo eventuelně pak sonda.

S9: Omezit kofein, dbát na dobrou ústní hygienu, pít nesycené tekutiny a bez cukru, žvýkat žvýkačky obsahující Xylitol, zvyšuje produkci slin, zvlhčovat ústní sliznici umělými slinami, dle ordinace lékaře aplikovat B12, porušené polykání a nechutenství doporučit, aby jedl co mu chutná a co se dobře polyká.

S10: Často podávat tekutiny po doušcích, dostatek času a klidu na jídlo, při jídle sedět vzpřímeně, vitamíny na zlepšení chuti k jídlu, vhodně volit stravu, kterou má klient rád.

Podkategorie „Opatření proti pádu“

Z důvodu předcházení pádu sestry zdůrazňují klientovi, aby se nikam nevydával sám, a poučují jej o signalizaci. Navrhují používání kompenzačních pomůcek, doprovod, zábrany a edukují o bezpečnosti. Dále doporučují bezbariérový prostor a bezpečné prostředí, kontrolují obuv. Sestra z LDN by nasadila medikaci při neklidu. Následují výňatky z přímých výroků sester.

S1: Poučování klienta, že nemá chodit sám, poučujeme i spoluklienty většinou a návštěvy, aby třeba ostatní i zazvonili, různý pomůcky jako schůdek k posteli, různý chodítka, hůlky, hlavně ten doprovod.

S2: Doporučujeme, že je budem doprovázet, pokud klient leží a je třeba zmatenej používáme zábrany, kontrolujeme obuv, hlavně ho poučíme, pokud nemá jistotu, ať si zazvoní, že ho doprovodíme.

S3: Postranice k lůžku, hole, nebo chodítka, doprovod mu doporučit samozřejmě, aby si zazvonil.

S4: Zvýšený dohled sester při pohybu, dávat postranice k lůžku na noc, nacvičovat chůzi v chodítka, nebo s hůlkami, bezbariérový prostor a bezpečné prostředí.

S5: Dáváme zábrany, aby používal signalizaci a hlavně poučit, chodící, aby používali hůlku nebo berlu, chodítka.

S6: Edukujem, na noc jako prevence pádu dáváme zábrany, takže poučíme o zvonečku, chodící taky edukujem o riziku pádu, aby se nevzdalovali z lůžka bez doprovodu.

S7: Edukace hlavně, potom signalizace, zábrany kdo potřebuje, u chodících, edukace, aby si zazvonili, všechno s dopomocí, aby se sami nikam nevydávali, různý pomůcky k chůzi.

S8: Může vyžadovat zábrany na noc, že mají pocit jistoty, líp se jim otáčí, když se jich chytanou, u neklidných nebo zmatených zklidnit medikacemi, u chodících poučit, aby nechodil sám, zábradlí ať se přidržují, na záchod si zvonit.

S9: Dohled při chůzi, nácvik chůze, používání protetických pomůcek, vhodná obuv a vhodný terén.

S10: Odstranit překážky v chůzi a umožnit klientovi vhodné prostředí pro pohyb, odstranit prahy. Vybavit byt či dům opěrnými bodama, doporučit využívání kompenzačních pomůcek.

4.2 Kategorizace rozhovorů s klienty

Z rozhovorů s klienty byly identifikovány následující kategorie: „Zvládání každodenních situací“, Ošetrovatelská péče“ a „Specifické intervence“.

Kategorie „Zvládání každodenních životních situací“

Kategorie „Zvládání každodenních životních situací“ zahrnuje situace, které má klient v souvislosti s nemocí ztížené. Kategorie obsahuje tři podkategorie „denní činnosti a kontakty na úřadech“, „rodina a okolí“, „nejzávažnější problémy“.

Podkategorie „Denní činnosti a kontakty na úřadech“

Při zvládání denních činností uvádějí některé klientky potřebu odpočinku. Další klienti hovoří o nutné pomoci rodiny při kontaktu na úřadech. K2 používá pomůcky pro lepší obsluhu, K3 má potíže s oblékáním a jídlem a K6 pomáhá při sebeobsluze manželka. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Dřív jsem unavená, když nemůžu stíhat, potom to nervuje, pak se dostaví únava, musím si lehnout, kontakty na úřadech bez problému.

K2: To mi jde pomalu, mám málo síly, nemůžu otevřít třeba limonádu, mám na to otvíráky a obouvátko na boty, na úřady si s sebou vezmu věšinou syna.

K3: Nejhorší je oblékání, prvně si obleču horší ruku pak lepší, jím pomalu, s kontakty na úřadech nemám moc problémy.

K4: Běžné denní činnosti zvládám dobře a na úřadech bez problému.

K5: Ještě docela dobře, když to nejde tak počkám, když to jde tak dělám to, co je možný, na úřadech ne.

K6: S obsluhou o sebe mám obtíže, manželka pomáhá, na úřady a ostatní mě taky doprovází.

Podkategorie „Rodina a okolí“

Všem klientům rodina pomáhá a stará se o ně. U většiny klientů rodina nemoc akceptovala. K2 se zmiňuje o tom, že okolí se od její nemoci snaží odvést pozornost, K3 tvrdí, že okolí jeho nemoc akceptovalo a K6 okolí nevnímá. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Jsou na mě hodní, pomáhají hodně, nevím jak na nemoc hledí, přijmuli ji, když jsem s tím přišla, asi z toho byli možná víc v šoku než já.

K2: Okolí se snaží pomáhat tím, že dělají, že to nevidí, rodina se mě ptá, jak mi je, jezdí za mnou a vozí mi jídlo a věci a co potřebuju, tak nějak to berou.

K3: Manželka dost mi pomáhá s oblékáním, když spadnu, pomáhá mi na nohy, lidi nekoukají nějak divně.

K4: Jsem vdovec a žiji sám, mám dva hodné syny, pomáhají mi, nelitují mě, nutí mě se postarat sám o sebe.

K5: Rodina pomáhá, když něco potřebuju, ví o, co jde, všechny vnoučata jsou ochotní pomoci.

K6: Kromě manželky, která je mi velkou oporou, pomáhají i děti, okolí nevnímám jak na mě hledí, rodina mě bere s porozuměním.

Podkategorie „Nejvíce obtěžující problémy“

Nejvíce klientů trápí problémy s pohybem a ztuhlostí. Rovněž je obtěžuje špatné písmo, zpomalenost a zhoršená chůze. První klientce vadí netrpělivé okolí a někdy rezignuje, druhá klientka má problémy s pohybem na lůžku, třetího klienta obtěžují problémy s oblékáním. Čtvrtý klient se sice moc nezmínil o svých problémech, ale všeobecně u parkinsoniků shledává jako obtěžující opožděné reakce, samovolné pohyby a problémy s trávením, dýcháním a vyprazdňováním. Posledního klienta dále trápí třes, zhoršená paměť, únava, bolesti a zhoršená sebeobsluha. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Nemůžu pořádně psát, podepsat se, pravá ruka mi neslouží, v obchodech než otevřu peněženku, vyndám ty peníze, zase potom zastrčím, připravím tašku, lidi jsou nedočkaví, čím se člověk jako víc soustředí, tím je to horší a už potom rezignuju.

K2: Otočit se z postele a slézt z postele.

K3: S tím oblékáním a s tím pohybem vůbec.

K4: Pohybové problémy, ztuhlost svalová a opožděné reakce, impulzy mozku pro pohyb svalů, samovolné pohyby, to omezuje v polykání, v trávení, v dýchání, vyměšování.

K5: Problémy s pohybem, jdete něco vyřídit, najednou se zaseknete a nejste schopná, musíte si sednout a počkat jestli to přejde, když ne, zavolat někomu, největší problém

chození, když někam jedu, raději jedu s někým, když zatuhnu, ten druhýj pomůže, mám pocit jistoty.

K6: Třes, zhoršená chůze, zpomalenost, málo si pamatuju, zmenšený psaní, bývám ospalý, bolí nohy a bederní páteř, že mi musí pomáhat s osobní hygienou a ostatním, potíže předklonit se nebo zaklonit a mám problémy se stabilitou.

Kategorie „Ošetrovatelská péče“

Kategorie „Ošetrovatelská péče“ zahrnuje situace a obtíže v rámci ošetrovatelské péče a dělí se na pět podkategorií „reakce na léčbu“, „specifika péče“, „spolupráce s fyzioterapeutem či s logopedem“, „zdravotnická zařízení“ a podkategorii „hospitalizace na neurologii“.

Podkategorie „Reakce na léčbu“

Někteří klienti mají někdy po lécích žaludeční obtíže. Druhá klientka má problémy s psychikou. Klienti nejvíce užívají Requip, Isicom a Stalevo. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Ze začátku hodně špatně, brala jsem léky, aby mi nebylo zle, teď jednou za měsíc je mi třeba zle, užívám Requip.

K2: Jak kdy, psychika mi dělá největší problém, když mám starosti, začnu se klepat, musím si prášky dát nebo ubrat, беру Isicom.

K3: Docela dobře, беру Isicom a nemívám potíže.

K4: Potíže nemám, беру Requip a Stalevo a nedovedu si představit, že bych to nebral pravidelně.

K5: Docela dobře, беру antiparkinsonika Stalevo a Requip, pak antidepressiva a potom беру na diabetes.

K6: Docela dobře, někdy je mi ale špatně od žaludku, беру Isicom.

Podkategorie „Specifika péče“

První klientka shledává specifika péče v náročnosti pro pečovatele. Další klienti se zmiňují o potřebě dostatku času, jiní zase o deficitu znalostí veřejnosti. Polovina klientů se shoduje na specifických, při užívání léků. Třetí klient shledává u parkinsoniků jiný přístup v péči a čtvrtý hovoří o nutnosti spolupráce s lékařem. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Lidi co o ně pečujou, musí mít trpělivost, je to všechno takový zpomalený, je jim špatně rozumět, když někdo má deprese a změny nálad, to je těžký.

K2: Třeba mě syn přiveze k doktorovi, než vylezete z auta, než se rozejdete, jdete jako opilá, slyšíte za sebou, bába je vožralá nebo zfetovaná, přijde vám to líto.

K3: Nevím, asi jinej přístup.

K4: Veřejnost, ani lékařská, moc o problematice neví, specifika asi v lécích, když se berou s jídlem, nebo bezprostředně po jídle, nemají tu účinnost, musíme mít omezení v bílkovinách, spolupracovat s lékařem, neurolog nemůže mít stejné pocity jako jeho klient, především množství a frekvence přijímání levodopy.

K5: Když musíte jít do nemocnice, chtějí vaše léky, dají vám je ráno, v poledne, večer, což nelze, jsem měla svoje léky, brala jsem si je podle sebe.

K6: Brát hlavně pravidelně Isicom, jinak je mi hůř, že se třesu, hůř se mi jde a hůř se pohybuju, musí se na mě pomalu.

Podkategorie „Spolupráce s fyzioterapeutem či s logopedem“

Většina klientů využívá možnosti logopedie a kolektivní cvičení. První a šestý klient fyzioterapii nyní nevyužívají, ale využívali ji. Třetí klient nevyužívá logopedii a pátá klientka využívá rehabilitace předepsané lékařkou. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Chodila jsem na cvičení, na masáže, i normální cvičení, nepozorovala, že by se to nějak zlepšilo, já měla takovej pocit, že se mnou cvičí cviky, jaký cvičí s lidma, co mají třeba zlomený nohy, brožury mám, ale necvičím podle toho.

K2: Využívala jsem logopeda a jezdíme na rekondice, tam je logoped, chodím cvičit ve středu.

K3: Logopeda ne, fyzioterapeut kromě cvičení v nemocnici ne.

K4: Logopeda využívám, jezdíme na rekondiční pobyty, fyzioterapeuta při společných rehabilitačních cvičeních.

K5: Logopedii na rekondičních pobytech, fyzioterapii taky tam, občas na cvičení, taky doktorka občas napíše rehabilitace.

K6: Moc ne, ale mám rehabilitace napsaný, před tím jsem s fyzioterapeutem cvičil, na logopedii chodím.

Podkategorie „Zdravotnická zařízení“

Všichni klienti docházejí na kontroly k neurologovi. Dva klienti se zmínili i o obvodním lékaři a poslední klient navštěvuje v souvislosti s chorobou i psychiatra. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Akorát paní doktorku moji neuroložku.

K2: Neurologa samozřejmě a obvodní.

K3: Doktorku neuroložku a chodím ke svému lékaři obvodnímu.

K4: K mému neurologovi, chodím k němu pravidelně.

K5: Jen neurologa.

K6: Do neurologický ambulance, na internu a za psychiatrem.

Podkategorie „Hospitalizace na neurologii“

Druhá klientka byla nespokojená po překladu z neurologie na LDN, na neurologii si to moc nepamatuje. Pátá klientka byla hospitalizovaná na neurochirurgii, kde byla

spokojená, na chirurgii měla problémy s léky. Šestý klient byl spokojený, v rámci možností. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Nebyla jsem hospitalizovaná.

K2: Vůbec jsem nebyla spokojená, přendali mě na LDN, prášky mám brát každý tři hodiny a ráno o šesti, se se mnou hádala, že je nosí v osm, jsem se s nima nemohla dohodnout, pak mi začali dávat jiný prášky, na neurologii jsem byla tejdén, byla jsem na kapačkách, nějak jsem prášky popletla, nemůžu říct, jestli já, nebo to doktor tak napsal a to jsem moc nevnímala.

K3: Nebyl jsem hospitalizovaný nikdy.

K4: Na neurologii jsem hospitalizován nebyl.

K5: Na neurologii jsem nebyla, jinak jsem byla na operaci páteře na neurochirurgii, tam to bylo vynikající, potom jsem byla na chirurgii, tam byly problémy s práškama.

K6: Docela spokojenej, starali se o mě hezky, ale taky by to mohlo bejt lepší.

Kategorie „Specifické intervence“

Rozsáhlá kategorie „Specifické intervence“ zahrnuje konkrétní činnosti, kterými lze ošetrovatelským problémům předcházet, či jak je ovlivňovat přímo z pohledu klientů. Kategorie obsahuje devět podkategorií „řešení samovolných pohybů a ztuhlostí“, „způsoby rehabilitace a zlepšování paměti“, „zlepšení pohyblivosti a chůze“, „doporučení proti třesu“, „techniky proti stresu, úzkosti a depresi“, „zlepšení komunikace“, „doporučení proti problémům s močením a zácpou“, „úkony proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství“ a „opatření proti pádu“.

Podkategorie „Řešení samovolných pohybů a ztuhlostí“

Polovina klientů se při těchto problémech pohybuje pomalu a potíže odezní, dvě klientky se snaží obtíže zlepšit, jakkoli to jde. Někteří klienti si pro zlepšení problémů upraví medikaci. Ostatní klienti se snaží například rozpohybovat ztuhlou ruku druhou

rukou, uchopením se a mačkáním věci, přesunutím končetiny, pravidelně cvičit či to řešit s úsměvem. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Takovýhle zatím problémy moc nemám, mám sice ztuhlost na pravou stranu, když dělám něco rukou, že se mi ruka zastaví, je to i bolestivý, druhou rukou si pravou ruku rozpohybuju, poručím si, musím na to myslet, nebo krájím tak si musím, říct tahej, tahej ten nůž, netlač na něj, mimovolný pohyby já nemám.

K2: Za něco se chytím a snažím se jako mačkat tu věc, ztuhlosti, to je horší se otočit v posteli, dlouho mi to trvá, po malinkejch kouskách.

K3: Začne mi cukat noha, popondám nohu a je v klidu, ztuhlosti neřeším, to odezní.

K4: Samovolné pohyby nemám, ztuhlost svalů řeším pravidelným cvičením.

K5: Samovolný pohyby když si uvědomím, snažím se nějakým způsobem omezit, úplně to nejde, za chvíli to přejde, mimovolný pohyby máme, když jsme předávkovaní lékama, snažím si upravit léky, ob den si nevezmu na noc, druhý den je lepší, zase se mi hůř chodí, musím si vybrat, ztuhlosti čekáte, že zaberou léky, snažíte si hejbat, nebo si odpočinout a doufáte, že naberete energii.

K6: Pomocí léků a cvičením, ostatní obtíže řeším s úsměvem.

Podkategorie „Způsoby rehabilitace a zlepšování paměti“

Polovina klientů dochází na kolektivní cvičení v nemocnici a pracuje na počítači, většina jich cvičí doma. Někteří klienti chodí na procházky, jiní na kurzy trénování paměti, jiní zase luští. Individuálně hrají společenské hry, procvičují paměť s rodinou, pracují na zahradě, navštěvují zájmová sdružení, zpívají, sledují televizi, hrají šachy a opakují. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Nerehabilituju, hrajeme společenský hry, na počítači se vyžívám, dělám rodokmeny, vyhledávání předků je docela procvičování paměti.

K2: Chodím cvičit do nemocnice, doma cvičím každé den, něco mi říká třeba syn a za chvíli se mě na to zeptá, vzpomínky mi jdou pořád.

K3: Cvičit do nemocnice, snažím se chodit na procházky, paměť a myšlení nijak.

K4: Cvičím každý den, pracuji na zahradě, navštěvuji kurz trénování paměti, používám počítač, pracuji v různých zájmových sdruženích.

K5: Chodím občas cvičit, snažím se protáhnout doma, snažím se chodit venku, to mi moc nejde, když chodím na rekondice a rehabilitace, je to lepší, každou středu na trénování paměti, křížovky, sudoku, ale s tímhle zatí, nemám problémy.

K6: Doma cvičím, paměť cvičím křížovkami, sudoku, rébusy, čtením, zpívám si lidové písničky, koukám na televizi, hraju šachy, pracuji na počítači, opakuju si jména.

Podkategorie „Zlepšení pohyblivosti a chůze“

Polovina klientů zlepšuje zhoršenou chůzi tím, že pomalu o hůlce, třetí klient chodí na kolektivní cvičení a na procházky. Poslední klient používá sportovní hole či chodí pomalu bez opory. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Já to cítím, kolem mi říkají, že to není vidět, moc se to řešit nedá, kompenzační pomůcky nepoužívám, doma to nijak upravené nemám.

K2: Chodím pomalu no o hůlce.

K3: Nijak, nechávám to bejt, snažím se cvičit, chodím do nemocnice jednou týdně, doma jsem se ještě nedonutil, každé den chodím na procházky.

K4: Mám ještě artrózu kolenních kloubů, po operaci jsem používal francouzské hole. Jinak je to v pořádku.

K5: Mám hůlku a snažím se chodit, jak to jde, musíte se tomu přizpůsobit.

K6: Chodím o normálních holích, používám sportovní hůlky, cvičím pomalou chůzí bez opory, když se mi jde špatně, tak si odpočínám.

Podkategorie „Doporučení proti třesu“

Klienti ovlivňují třes individuálně, medikací, uchopením se něčeho, zatížením HK taškou, schováním HK do kapsy, cvičením, individuální muzikoterapií nebo si ho

nepřipouští, někteří jej neřeší, některým při soustředění třes odezní. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Mám třes, když jsem nervózní, třese se mi pravá noha, klidovej třes nemám, když se soustředím, netřese se mi.

K2: Isicomem a že se jako chytím něčeho, to neudržíte ten třes.

K3: Nijak proti němu nebojuju, když držím něco v ruce, hodně se mi třese.

K4: Pokud se mi začne ruka třást, snažím se ji zatížit taškou, strčím ji do kapsy.

K5: Třes moc nemám, mívala jsem ze začátku, snažila jsem se ovládnout soustředěním.

K6: Cvičím a docházím na individuální muzikoterapii, hlavně si ho snažím nepřipouštět.

Podkategorie „Techniky proti stresu, úzkosti a depresi“

Polovina klientů řeší tyto obtíže medikací, jiní procházkou a individuálně zklidněním se, hudbou, úsměvem, či prací. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Úzkostné stavy nemám, deprese nemám, takový ty nervy co mám, si musím říct, zklidni se, o nic nejde.

K2: Začnu se třást, nebo ty pohyby mám, spíš jsem plakala kvůli všemu, teď nevyroním ani slzu, když bych měla, беру na to prášky.

K3: Když jsem ve stresu, jdu se projít nebo tak.

K4: Tyto problémy naštěstí nemám.

K5: Beru antidepressivum, mívala jsem deprese a problémy, když byl nemocnej muž a pak umřel, měla jsem problémy, pomohli mi lidi kolem, právě ti parkinsonici v klubu, známí a tak.

K6: Beru antidepressiva, pomáhá mi hudba, hraju na kytaru a na bicí, nemám rád stresující napětí a informace. Snažím se hodně smát, chodím na procházky a snažím se pracovat.

Podkategorie „Zlepšení komunikace“

Pro zlepšování komunikace a psaní se první klientka soustředí na psaní. Druhá klientka raději mlčí či komunikuje po telefonu a cvičí prsty pro lepší psaní. Třetí klient čte, čtvrtý klient se snaží správně artikulovat a zpívá ve sboru. Poslední klient sleduje televizi a komunikuje. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Nemám jak zlepšovat, s písmem neuděláte nic, neprocvičuju, hlavně se soustředit.

K2: Míň mluvím, raději mlčím, mluvím hodně po telefonu, pro psaní cvičím prsty.

K3: Komunikaci čtením, s psaním mám potíže, to nijak.

K4: Snažím se správně artikulovat, zpívám ve smíšeném pěveckém sboru.

K5: To zatím nepotřebuju nějak zlepšovat.

K6: Televize, taky se snažím hodně mluvit s dobrýma kamarádama, když jdu na nákup, mluvím mezi lidma, který znám, povídám si s manželkou a taky s kočkou.

Podkategorie „Doporučení proti problémům s močením a zácpou“

Někteří klienti problémy s močením ani zácpu nemají, polovina jich při nutkání na močení chodí často močit a polovina užívá medikaci na zácpu. Čtvrtý klient pojídá kompoty a šestý jí potraviny s vlákninou. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Problémy s močením a zácpu nemám.

K2: S močením, chodím víckrát na záchod, nemáme jíst ty bílkoviny, nemůžu si dát jogurt, koupím si prášky na zácpu, většinou to zvládnou.

K3: S močením, že mě to v noci budí, zácpu ano, беру si projímadlo.

K4: S močením problémy nemám, na zácpu pojídám kompoty.

K5: S močením nemám problémy a zácpu taky ne.

K6: Chodím často močit, na zácpu jím jídlo s vlákninou a někdy беру projímadla.

Podkategorie „Úkony proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství“

Polovina klientů na tyto obtíže pije dostatek tekutin. Ostatní je individuální, první klientce suchost v ústech odezní sama, polykací potíže projí a pro zhoršený čich si moc nepochutná. Druhá klientka se k jídlu přinutí a třetí klient polykací obtíže neřeší. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Suchost v ústech mám v noci, nedělám proti tomu nic, odezní to, někdy se stane, že se mi to zastaví, ale to projím, tím, že člověk nemá čich, tak moc si nepochutnáte.

K2: Nemívám sucho v ústech a porušené polykání taky nemám, moc bych jíst nemusela, hodinu před a hodinu po Isicomu nesmíte jíst, každý tři hodiny беру půl, tu hodinu koukám něco sníst, aby ten žaludek nebyl prázdný.

K3: Sucho v ústech ne, potíže s polykáním jo proti tomu nic, na jídlo chuť mám.

K4: Na suchost v ústech se musím napít, polykám bez obtíží, nechutenstvím netrpím.

K5: Suchosti v ústech někdy, proti tomu se napiju, poruchy s polykáním nemám, nemám problémy s nechutenstvím.

K6: Piju hodně tekutin hlavně vodu s citronem, což mi na sucho v puse pomáhá, ostatním netrpím.

Podkategorie „Opatření proti pádu“

Většina klientů se při pohybu opírá o opěrné body, část se jich vyhýbá nebezpečí a někteří chodí o holi. Následují výňatky z přímých výroků klientů.

K1: Zatím žádný, zatím jsem nepadla.

K2: Najednou, jako když mě boxne a ležím, začnu couvat a padnu, snažím se chodit a chytat stolku, stolu, futer, ráno mám potíže s rozejitím, cupitavou chůzí, opírám se, až to přejde.

K3: Proti tomu nejde dělat nic, padám dozadu, buď se něčeho chytanu, nebo normálně spadnu.

K4: Po schodech se přidržuji zábradlí, v zimě se vyhýbám náledí a tak podobně.

K5: Mám hůlku, kdy jedem dlouho, mám problém s tím, abych se srovnala, jdu pomalu a snažím se, abych nedospěla do stavu, že bych padla, ale zatím nepadám.

K6: Máme madla a jiný pro mou bezpečnost, přidržuju se, kde se dá, dbám na zvýšenou opatrnost, venku používám hůlky.

5 Diskuse

Výzkumná část práce je zaměřená na problémy, které se u parkinsoniků vyskytují a intervence, které z nich vycházejí. Cílem práce bylo zmapovat ošetrovatelské problémy u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta a zmapovat ošetrovatelské intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta.

Obě části výzkumu obsahují tři kategorie, které zahrnují několik podkategorií. Z analýzy rozhovorů se sestrami byla první kategorie definována jako Ošetrovatelské problémy a tvoří ji dvě podkategorie nejčastější problémy a nejvíce obtěžující problémy. Druhá kategorie je nazvaná Ošetrovatelská péče a jsou v ní zahrnuty podkategorie obecné zásady, specifika, nejčastější úkony, reakce na onemocnění dle věku, podpora a socializace. Ve třetí kategorii Specifické intervence jsou podkategorie zlepšení pohyblivosti a chůze, doporučení proti třesu, techniky proti stresu, úzkosti a depresi, dále zlepšení komunikace, doporučení proti problémům s močením a zácpou, úkony proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství, poslední podkategorii je opatření proti pádu.

Ve druhé části výzkumu tvoří první kategorii Zvládání každodenních situací tři podkategorie denní činnosti a kontakty na úřadech, rodina a okolí a nejvíce obtěžující problémy. Do druhé kategorie Ošetrovatelská péče patří pět podkategorií reakce na léčbu, specifika péče, spolupráce s fyzioterapeutem či s logopedem, zdravotnická zařízení a hospitalizace na neurologii. Poslední kategorie je shodná s třetí kategorií v prvním výzkumném souboru, jsou do ní však přidány ještě dvě podkategorie řešení samovolných pohybů a ztuhlostí a způsoby rehabilitace a zlepšování paměti, takže dohromady obsahuje devět podkategorií.

Při zpracování rozhovorů byla v obou částech výzkumu definována stejná podkategorie, zaměřená přímo na jeden z cílů, kdy byly zjišťovány problémy, s nimiž se klient potýká. Všechny sestry se shodují na omezené sebepěči, o tomto problému se však zmiňuje pouze jeden klient. Klienti naopak jako nejzávažnější problém shledávají zhoršenou pohyblivost, o zhoršené pohyblivosti se zmiňuje nadpoloviční

většina sester. Téměř všichni citovaní autoři, například Roth (2011) poukazuje na pohybové potíže, především na zpomalenost, snížení rozsahu pohybu, freezing a zhoršenou chůzi. Dále se zmiňují i o problémech s mimikou a řečí. Podle mého názoru je velmi vysoké riziko pádu, o němž se sestry také hodně zmiňovaly, klienti toto riziko taktéž nepodceňují, ale hovořili o něm až na můj výslovný dotaz.

Část sester hovoří též o náročnosti péče o tyto klienty, o náročnosti pro pečovatele hovoří i jedna klientka v souvislosti se specifiky péče. S tímto názorem se ztotožňuji, sama jsem se na praxi setkala s řadou parkinsoniků, jejichž onemocnění se nacházelo v různých stádiích, od téměř bezpříznakového po klienty s pozdními hybnými a psychickými obtížemi, péče o ně byla náročná jak fyzicky tak psychicky. Více jak polovina sester poukazuje na problémy s třesem, o třesu jako o problému hovoří opět pouze jeden klient, ostatní se o něm rozhovořili až po mojí otázce. Některé sestry upozorňují na zhoršenou komunikaci, klienti se o ní nezmiňují. V literatuře jsou popisovány ještě další nesnáze sestry i klienti je však vyjmenovávají řidčeji. Například Dostál a Chvístková (2010) hovoří o suchosti v ústech, nechutenství, poruše polykání, zácpě a úbytku hmotnosti.

Hlavním úkolem ošetrovatelské péče je podle většiny sester hlavně aktivizace a motivace klienta, rehabilitace, dostatek času na klienta, dopomoc a nácvik sebezpečí dle potřeby, podávání časovaných léků a hlavně zapojení rodiny do péče. Klienti se s názory sester shodují v důležitosti, pravidelného podávání léků a v potřebě dostatečného času na veškeré činnosti. Rektor (2013) v časopise Parkinson uvádí možnosti podávání l-dopy per os, náplasti, do podkoží, gel do střeva. Nyní je ve fázi výzkumu inhalační forma l-dopy, zatím bylo prokázáno, že nástup jejího působení je od pěti až patnácti minut a doba působení se pohybuje v rozmezí hodiny až hodiny a půl. Má účinky na ranní ztuhlosti a off stavy, stále je ale v testovací fázi.

V knize Život s Parkinsonovou nemocí (2013) se píše, že péče o klienty s Parkinsonovou chorobou má mnoho specifik, klientům se totiž mění negativně kvalita každodenního života. Tento názor sdílím. Při rozhovorech s jednotlivými klienty, na dotaz smíření se s nemocí odpovídali někteří, že se s ní smířit nejde, jiní ji akceptovali a tak to bylo v řadě dalších otázek. Někteří odpovídali zcela otevřeně

na danou problematiku, druzí byli nemocí negativně ovlivnění natolik, že se jim o ní nechtělo moc mluvit. Řada klientů se snaží dělat pro svůj komfort opravdu hodně, zapojují se do různých činností a snaží se s nemocí bojovat, zatím co někteří téměř rezignují. Domnívám se tedy, že je důležité nenechat klienty ve své nemoci a z ní vyplývajících potížích osamocené, uzavřené a rezigované.

Většina sester shodně potvrzuje, že na nemoc obtížněji reagují mladší klienti, pouze jedna sestra se domnívá, že nemoc snášejí hůře starší a to konkrétně starší muži, protože jsou nervózní a nevrlí. Sestry z domácí péče se shodují v názoru, že věková kategorie nerozhoduje a že reakce na onemocnění jsou individuální podle osobnosti člověka. V knize od EPDA (2013) je uvedeno, že hůře tuto nemoc snášejí mladší lidé, s obtížemi, vyvolanými Parkinsonovou nemocí, se totiž potýkají déle než starší lidé se stejnou diagnózou. Neléčená nemoc v produktivním věku způsobuje obtíže především v zaměstnání a může vyústit až v neschopnost vykonávání práce. Při rozhovorech s klienty jsem se setkala pouze s jedním relativně mladým člověkem. Podle mého názoru však až tvrdil, že je s nemocí smířený, nesnažil se své obtíže příliš zlepšovat. Na většinu otázek odpovídal slovy „*nijak nechávám to bejt*“ (K3).

Dále bylo zjišťováno, co dělat proti tomu, aby klienti na nemoc nerezignovali a jak je lze zapojovat do kolektivu. Já se domnívám, že nejvíce je potřeba klienty povzbuzovat a motivovat a zapojovat rodinu. Takto mi odpovídaly i téměř všechny sestry. Z hlediska zapojení rodiny skoro všichni parkinsonici shodně odpovídali, že jim rodina velmi pomáhá a je jim oporou. Dále se sestry shodovaly, že jsou vhodná různá sdružení parkinsoniků a empatický personál. V klubu Parkinson v Českých Budějovicích jsem byla na jednom z pravidelných měsíčních setkání. Klienti, kteří se zde setkávají, probírají různá úskalí svého onemocnění, sdělují si zkušenosti a rady, jak se s tímto onemocněním vypořádat. Společně jezdí na různé rekondiční pobyty, kde jsou pro ně pořádané přednášky neurologů, fyzioterapie a logopedická cvičení. Na setkání klubu si promítají fotografie z těchto pobytů. V rámci klubu jsem navštívila i kurz trénování paměti, který považuji za velmi prospěšný, součástí cvičení paměti je například tvoření dalších slov z nějakého delšího slova, například lokomotiva, tvoření stále delší věty s důrazem na zapamatování všech předcházejících slov, zapamatování

a zapsání deseti výrazů například zvířat, vyloučení nevhodného výrazu z řady slov a podobně. Dále jsem se zúčastnila i cvičení s fyzioterapeutkou, určeného pro parkinsoniky, zaměřeného na protažení všech partií těla.

Za zajímavou zkušenost považuji návštěvu skupinové muzikoterapie v Náměšti nad Oslavou. Klienti zde využívají kreativní muzikoterapii dle Nordoffa a Robbinse, která stojí na principu ucho, osoba, oči, nepřetržitá pozornost a srdce. Smyslem této terapie je dorovnat na ideální stav navzájem se ovlivňující duchovno, duševno a tělesno. Lektor, který absolvoval kurz muzikoterapie pod vedením londýnské lékařky Jean Eisler, s klienty provádí převážně individuální terapie technikou improvizace. Při prvním setkání si s nimi popovídá a naváže kontakt o hudbě. Každý klient má svůj individuální plán, dle kterého u něj muzikoterapie probíhá. Začíná se vždy $\frac{3}{4}$ taktem, protože ten je nejbližší srdečnímu rytmu. Ovlivňování drah v mozku muzikoterapií je viditelné na CT vyšetření. Při skupinové terapii klienti zpívali či klepali do rytmu dřívky, terapie se zúčastnila i neuroložka, u které jsou parkinsonici využívající muzikoterapii dispenzarizováni. Při skupinové terapii jsem mohla sama pozorovat pozitivní vliv muzikoterapie. Klient, se silnou dyskinezi při puštěné hudbě, klepal dřívky do rytmu, tento pohyb byl i přes mimovolné pohyby celého těla přesný a plynulý. Dle Kantora a kol. (2009) se dá muzikoterapie využít u různých obtíží například u psychogeriatrických poruch, do nichž právě Parkinsonova choroba patří.

Parkinsonova nemoc často negativně ovlivňuje normální běh klientova života. Kontakty na úřadech zvládá většina klientů bez problému, některé však doprovází na úřad rodinní příslušníci. Únavu při běžných denních činnostech řeší klienti odpočinkem, s problémy s oblékáním jim pomáhají blízcí, nebo využívají různé pomůcky pro lepší sebeobsluhu. Puršová (2013) uvádí, že pokud dojde ke zpomalení pohybu při činnostech, nemělo by se v nich pokračovat, klienti by si měli vyklepat končetiny, myslet na to co bylo cílem jejich činnosti, uvést tělo do vzpřímené polohy či zaklonit hlavu a otevírat a zavírat ruce.

V některých situacích musejí být klienti pro Parkinsonovu chorobu hospitalizováni. Z mnou dotazovaných klientů byli hospitalizováni pouze někteří. Jedna klientka byla zcela nespokojená po překladi na LDN, kde jí podávali časované léky v nesprávnou

dobu, a se sestrami byla se špatná domluva, hospitalizaci na neurologii si příliš nepamatuje. Naopak klientka hospitalizovaná na neurochirurgii, pro operaci páteře, byla s péčí velmi spokojená. Při hospitalizaci na chirurgii měla také problémy s podáváním léků, důležité léky si však nechala u sebe a brala si je dle své potřeby. Poslední klient byl na neurologii v rámci možností spokojen. Nutnost podávání léků v časových intervalech nařízených neurologem je popsána mimo jiné v knize od EPDA (2011) je zde zaznamenán případ klienta, u něhož trvá účinek l-dopy tři hodiny, takže užívá l-dopu šestkrát denně a cítí se dobře. Dle Bonnet a Herguet (2012) se parkinsonici potýkají s nepříjemnými vedlejšími účinky léčiv, jež užívají při dopaminergní léčbě. Jsou to problémy, jako je zvracení, nevolnost, otoky dolních končetin, ospalost a snížený krevní tlak při stožení. Skutečnost, že mívají v souvislosti s užíváním antiparkinsonik žaludeční obtíže, někteří klienti potvrdili.

Snahou většiny parkinsoniků i jejich okolí je co nejdéle udržet kvalitu jejich života. Mním, že z tohoto důvodu je fyzioterapie u parkinsoniků velmi důležitá a prospěšná fyzioterapie. Pomáhá jim při zachování pohybu a zlepšuje ho. Klienti využívají kolektivního cvičení a snaží se cvičit i doma. Puršová (2013) uvádí, že fyzioterapie je důležitou součástí léčby, protože zlepšuje a udržuje aktivitu. Musí se však přizpůsobit stádiu onemocnění a medikaci. Pohybové obtíže řeší parkinsonici různě. Při dyskinezích a ztuhlostech se polovina klientů snaží pomalu pohybovat a potíže jim posléze odezní, jiní si upraví medikaci a někteří se snaží tyto potíže nějakým způsobem omezit. Pátá klientka hovoří o tom, že pokud si upraví medikaci, dyskineze nemá, ale má pak zhoršenou chůzi, tudíž si musí vybrat co je pro ni přijatelnější. Chůzi si klienti trénují pomalou chůzí o hůlce, bez opory či opět již zmíněnou rehabilitací. Téměř všechny sestry se shodují na důležitosti pravidelné rehabilitace a používání kompenzačních pomůcek. Sestra z LDN a z neurologie zdůrazňují, že u imobilních klientů je vhodné polohování a prevence kontraktur. Ve své praxi jsem si ověřila, že prevence je velmi důležitá, proleženiny, vznikají opravdu v rádech hodin, jejich léčba je pak zdlouhavá a náročná. Kontraktury lze u imobilních klientů řešit pasivním cvičením. Některé sestry doporučují pro zlepšení pohybu medikaci. Polovina sester uvádí, že důležitý je nácvik chůze. Pro dobrou kvalitu života je důležitý také trénink paměti klientů. Procvičují si ji

různými křížovkami, hrami, prací na počítači, dochází na kurzy trénování paměti, sledují televizi. Někteří klienti však problémy s pohybem či s pamětí nemají.

Nepříjemnou obtíž provázející Parkinsonovu nemoc je třes. Dle mého názoru je pro klienta nejdůležitější mírnit třes užíváním předepsaných antiparkinsonik ve stanovených intervalech, totéž tvrdí většina sester i jeden klient. Rovněž zastávám názor, že je nezbytné klienta nabádat k celkovému klidu, nevystavovat jej stresovým situacím a upozornit jej, aby se i on sám snažil těchto situací vyvarovat. Sestry také doporučují dělat vše v klidu, a najít si na klienta dostatek času. Z vlastní praxe vím, že čím více se na klienta spěchá, tím je pak klient nervóznější a dělá nesmyslné věci, které by jej v klidu vůbec nenapadly. V souvislosti s omezením stresových situací vyvolávajících třes, hovoří sestry o vhodnosti dodržování pravidelného denního režimu. Jako prevenci třesu uvádějí rehabilitaci, ale též využívání technik bazální stimulace. Při bližším pozeptání se na techniku bazálních stimulací, však sestry nedokázaly odpovědět. Sestře z domácí péče radí pro ztlumení třesu, například dát třesoucí se ruku za pásek, zatížit paži, sednout si na ruce. Třesoucí se dolní končetinu by klientovi doporučila zaklenout za nohu židle. Při cvičení je podle ní dobré častěji měnit polohu končetin a více končetiny napnout. Přes to, že se některé klientky shodují v tom, že pokud se na třes soustředí tak odezní, sestry naopak tvrdí, že by se měla od třesu odvést pozornost. Schwarz (2008) tvrdí, že potlačováním třesu se klient dostane do stresu a třes se u něj znásobí. Myslím si, že způsob zvládnání třesu je u každého klienta individuální a musí si sám vypořádat, zda mu více vyhovuje odvést od třesu pozornost a nemyslet na něj nebo se snažit soustředěním ho zmírnit. Sami klienti při třesu například něco uchopí, zatíží horní končetinu, zastrčení ji do kapsy, cvičí, využívají již zmíněnou muzikoterapii, nebo si třes nepřipouští. U některých klientů se třes neobjevuje.

Parkinsonici se potýkají s různými psychickými obtížemi. Psychiatrička Uhrová (2013) píše, že u 12 – 37% nemocných mohou být vůbec prvním příznakem Parkinsonovy choroby deprese. O tom se zmínila i na přednášce Parkinsonova nemoc a její psychiatrická problematika, které jsem se v rámci Parkinson klubu České Budějovice zúčastnila. Příčinou je prý nejspíš nerovnováha nervových transportérů

v mozku. Jako léčba se nasazují vždy antidepresiva. Téměř všechny sestry by klienta vyslechly a něčím povzbudily, polovina by doporučila řešit tyto obtíže medikací, medikaci volí i polovina klientů. Některé sestry by zapojily rodinu, zaměstnaly by klienta, doporučily by konzultaci s erudovaným odborníkem, kontakt s okolím a relaxaci. Klienti kromě medikace řeší obtíže hudbou, úsměvem, prací, procházkou či celkovým zklidněním. Na přednášce se Uhrová také zmínila, že běžně užívané benzodiazepiny zhoršují paměť a způsobují psychické obtíže, mají sice rychlý nástup účinku, ale po delším užívání, může dojít při vysazení k úzkosti. Dále se zmínila o psychiatrických poruchách, které má za následek léčba. Při přesytení dopaminem může mít klient snové potíže, pseudohalucinace a podobně, odstranění těchto obtíží spočívá v redukci dopaminergní medikace, mohou se podávat i antipsychotika. Neuroleptika jsou zakázána, způsobují totiž akinetické krize. Klienti mohou trpět i schizofrenií, neklidem či poruchami osobnosti. Dále mohou mít poruchy impulzů, jako jsou gambling, hypersexuality, kompulzivní nakupování, kompulzivní přejídání a punding (rozebírání věcí, sbírání). Další psychiatrickou poruchou může být zvyšování spotřeby dopaminu, přesahující potřebnou dávku navzdory objevujícím se dyskinezím neboli dopamin-dysregulační syndrom. Tato porucha se řeší jako běžná závislost. Někteří klienti mohou mít i delirium, toto však není v přímé příčině, často se vyskytuje u klientů s více nemocemi. Mohou mít potíže i v dalších oblastech jako je úzkost (například reakce na onemocnění v době snížené hybnosti, na konci účinku léčby, či jako symptom deprese), neklid, strach, či poruchy spánku.

Parkinsonovu nemoc provází v nejednom případě také poruchy komunikace. K jejich zmírnění využívají parkinsonici pomoc logopeda. V knize život s Parkinsonovou nemocí – nemotorické příznaky (2011) se uvádí, že cílem logopedické léčby je zlepšit narušenou schopnost mluvit a omezit poruchy polykání a slinění. Pro zlepšení komunikace kromě již zmíněné logopedie může pomoci klientům televize, což doporučují i sestry. Rovněž pak pro zlepšení komunikaci často komunikují, hovorem po telefonu, zpívají, četou, snaží se správně artikulovat, jedna klientka však raději mlčí. Pro zlepšení psaní cvičí prsty a na psaní se soustředí. Sestry zase doporučují v nemocničním prostředí rozhovor se spolupacienty. Polovina sester hovořila

o důsledném dodržování zásad správné komunikace. Sestry z domácí péče pak vedou klienty k procvičování mimických svalů. Ostatní dále uvádějí nutnost edukace rodiny, kladou důraz na rozhovor a používání logopedických pomůcek. Část klientů problémy s komunikací netrpí.

Ne nepodstatným problémem obtěžujícím parkinsonika jsou obtíže s vylučováním. Parkinsonici mají časté nutkání na močení a také se u nich objevuje zácpa zapříčiněná užíváním léků na nemoc. Je důležitá vhodná strava a je možné také podávat l-dopu tekutou formou (EPDA 2011). Myslím si, že proti zácpě je nejúčinnější vhodná strava, potraviny, které podporují vyprázdnění. Pokud přes to zácpa přetrvává, volila bych šetrná projímadla. Je však nutno mít na paměti, že po delším užívání laxativ jejich účinek klesá. Využití laxativ k odstranění zácpy navrhuje také většina sester a užívá je polovina klientů. Správné vyprazdňování podporují někteří klienti i výběrem vhodných potravin. Sestry doporučují dostatek tekutin, pohyb a potraviny podporující vyprazdňování. Dostatek tekutin je však důležitý i při obtížích s močením. Polovina klientů má časté nutkání na močení. Při problémech s močením pomáhá dle mého názoru poklepová masáž a pro jistotu klienta bych navrhla používání vložek, či jiných inkontinenčních pomůcek. Více než polovina sester doporučuje též pomůcky pro inkontinenci. Některé také navrhují poklepovou masáž podbřišku či cviky k posilování svalstva pánevního dna. Jedna sestra z neurologie uvedla, že následkem užívání antiparkinsonik mohou mít klienti moč zbarvenou do fialova, tuto skutečnost jsem však v literatuře nenašla. Konzultovala jsem tedy s neuroložkou, která mi tuto skutečnost také nepotvrdila. Připustila, že klienti mají změněnou barvu moči, ale barva je to tmavě žlutá až oranžová, po léku Comtan, jež snižuje rozkládání l-dopy ve střevě. Čtvrtý klient mi sdělil, že i lék Stalevo barví moč do oranžova. Některé klienty problémy s vyprazdňováním nemají.

Nepříjemným důsledkem Parkinsonovy nemoci mohou být i nesnáze s přijímáním potravy. Mezi ně patří nechutenství, poruchy polykání a suchost v ústech. Na nechutenství a poruchy polykání bych klientovi doporučila vhodnou, ale chutnou stravu podávanou v menších dávkách, ale častěji. Pro odstranění pocitu suchosti v ústech se přikláním k názoru většiny sester, že je třeba zajistit dostatečný přísun

tekutin a používat přípravky z lékárny podporujících slinění. Téměř všechny sestry doporučují vykonávat zvláštní péči o dutinu ústní, vhodnou stravu pro lepší polykání a individuální dietu, případně jídlo z domu. Některé sestry při horších obtížích s polykáním doporučují zavést NGS. Na ostatní potíže doporučují omezit kofein, řešit tyto problémy farmakologicky, konzultaci s erudovaným pracovníkem a podobně. Sestry z domácí péče doporučují přísun vitamínů. Polovina klientů na suchost v ústech popíjí dostatek tekutin, někteří tyto obtíže nechají odeznít či je projí nebo se k jídlu přinutí. Řada klientů tyto problémy nemá.

Závažným a zdraví ohrožujícím nebezpečím je pro parkinsonika riziko pádu. Při opatřeních proti pádu bych pro větší jistotu klienta poradila využívání kompenzačních pomůcek a přizpůsobení vhodného prostředí pro klientův pohyb, jako instalaci úchytů a madel především v koupelně a bezbariérovou úpravu domova. Doporučila bych klientovi zvážení svých sil a možností. Pohyb bez doprovodu navrhuji jen při dostatečné fyzické kondici. Více než polovina sester klienty edukuje o nutnosti dbát na zvýšenou bezpečnost, o kompenzačních pomůckách, o doprovodu, v nemocnici poučují o signalizačním zařízení a zábranách. Část sester doporučuje bezpečné prostředí a kontrolovat obuv. Sestra z LDN by doporučila při neklidu medikaci. Klienti využívají různých madel a opěrných bodů v domácnosti, vyhýbají se nebezpečí, či podle nutnosti chodí o holi. Puršová (2013) doporučuje, při pádu klienta, přes bok se přetočit na čtyři, dostat se do blízkosti nábytku, o který se může opřít, kleknout si, o nábytek se zvednout, postavit se napnutím nohou a přísunutím horních končetin. Část klientů pády netrpí.

Na konec bych si dovolila vyslovit domněnku, že sestry pro přemrštěnou administrativu nemají na klienty tolik času, kolik by klienti potřebovali. Myslím si však, že i přes množství administrativy by se klientům mohly věnovat více, záleží to však na vhodném rozplánování činností v průběhu služby sestry a na stanovení priorit. Na praxi jsem se setkala s mnoha klienty s Parkinsonovou chorobou, navrhovala bych proto zřídit pro ně ve spolupráci s ergoterapeuty stacionáře, kam by mohli z jednotlivých oddělení, kde nemusejí být izolovaní a jejich pohybové obtíže nejsou tak závažné, docházet. Navrhovala bych to proto, aby se těmto klientům někdo soustavně věnoval a měli nějakou činnost.

6 Závěr

Práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o klienta s Parkinsonovou chorobou, zaměřenou na jeho problémy a z nich vycházející intervence.

Byly stanoveny dva cíle, zkoumané hloubkovými rozhovory se sestrami i s klienty. Po získání informací od sester a klientů byly stanoveny kódy, kategorie a podkategorie. První cíl zněl Zmapovat ošetrovatelské problémy u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta. Druhý cíl byl Zmapovat ošetrovatelské intervence u klienta s Parkinsonovou chorobou z pohledu sestry a klienta.

V první části výzkumu jsou identifikovány kategorie Ošetrovatelské problémy, Ošetrovatelská péče a Specifické intervence. V kategorii ošetrovatelské problémy se sestry převážně shodovaly na deficitu sebeděče, problémech s hybností, rizikem pádu a ztížené komunikaci. V kategorii Ošetrovatelská péče bylo nejčastěji hovořeno o aktivizaci, motivaci, rehabilitaci, nácviku sebeděče, pravidelném podávání časovaných léků a zapojení rodiny. V kategorii Specifické intervence bylo hovořeno o intervencích přímo se vztahujících na jednotlivé problémy. V druhé části výzkumu jsou identifikovány kategorie Zvládání každodenních životních situací, Ošetrovatelská péče a Specifické intervence. V kategorii Zvládání každodenních situací hovoří někteří klienti o nutnosti pomoci druhé osoby při sebeděči a nejvíce je obtěžují problémy s pohybem a ztuhlostí. V kategorii Ošetrovatelská péče kladou důraz na specifika užívání léků, rehabilitaci a pravidelné návštěvy neurologa. V kategorii Specifické intervence bylo hovořeno stejně jako v kategorii Specifické intervence u sester o intervencích přímo se vztahujících k jednotlivým problémům.

Z rozhovorů tedy vyplynulo, že dotazované sestry mají o této problematice celkově dobré znalosti, znají problémy, které klienty trápí a také většinou ví, jak tyto problémy řešit. Klienti své umí popsat a sdělit, jak jsou schopni či ochotni se s nimi vyrovnávat. Společným jmenovatelem ošetrovatelských intervencí je ochota klienta s nemocí bojovat ve spolupráci s rodinou a personálem, na nemoc a její příznaky nerezignovat a snažit se zůstat co nejvíce a co nejdéle aktivní.

Jako výstup práce byl vypracován plán ošetrovatelské péče u klienta s Parkinsonovou chorobou, zaměřený na nejčastější ošetrovatelskou diagnózu (Příloha 10).

7 Seznam použité literatury

BENETÍN, Ján, František CIBULČÍK, Peter TURČÁNI a kol., 2007. *Ako žiť s Parkinsonovou chorobou: informácie pre klientov a ich blízkých*. 1. Vyd. Bratislava: Zuzana Čičelová pre Ludbeck Slovensko s.r.o. ISBN 978-80-969-5054-6.

BONNET, Anna-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba: Rady pro nemocné a jejich blízké*. 1. Vyd. Praha. ISBN 987-80-262-0155-7.

COLLINS, Francis Sellers, 2012. *Řeč života: DNA a revoluce v personalizované medicíně*. 1. Vyd. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2161-8.

DOSTÁL, Václav a Ema CHVÍSTKOVÁ, 2010. *Výživa u Parkinsonovy choroby*. 1. Vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 987-80-204-2362-7.

DUŠEK Petr, 2013 *Parkinsonova nemoc z pohledu neurologa*. In: Dušek a kol. *Parkinsonova nemoc: z různých pohledů* 1.Vyd. Praha: Společnost Parkinson, o.s. s. 8-22. ISBN 987-80-260-4860-2.

EPDA, 2013. *Život s Parkinsonovou nemocí*. 4. Vyd. Praha: Společnost Parkinson, o.s.,. ISBN neuvedeno.

EPDA, 2011. *Život s Parkinsonovou nemocí: nemotorické příznaky*. 1. Vyd. Praha: Společnost Parkinson, o.s. ISBN neuvedeno.

HERDMAN, Heather (editor), 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4743-288.

HETTYCHOVÁ, Hana, 2012. *Speciálně pedagogická intervence u klientů s Parkinsonovou chorobou*. Online datum. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z

CHOCENSKÁ, Eva, 2010. *Parkinsonova choroba a vliv bílkovin ve stravě*. *Sestra*. Roč. 2010, č. 6, s 72. ISSN 1210-0404.

JIRÁK, Roman, 2011. *Demence*. *Postgraduální medicína*. roč 2011, č. 2, s. 160-164. ISSN 1212-4184.

KRÁLOVÁ, Hana, 2012. *Parkinsonova nemoc: ošetrovatelská problematika pokročilého stádia*. Hradec Králové. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.

- KREJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2010. *Chorobné příznaky a znaky*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-646.
- MAJOROVICHOVÁ, Lucia, 2012. *Úloha sestry při vyšetřovacích metodách v neurofyziologii*. Sestra. Roč 2012, č. 2 s. 33. ISSN 1210-0404.
- MIOVSKÝ, Michal a kol, 2008. *Konopí a konopné drogy*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-0865-2.
- MLČOCH, Zdeněk, 2008. *Parkinsonova choroba, nemoc: příznaky, projevy, symptomy*. In: [online]. [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/parkinsonova-choroba-nemoc-priznaky-projevy-symptomy>.
- MUMENTHALER, Marco, Claudio BASSETTI a Christof DAETWYLER, 2008. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4722-986.
- OREL Miroslav, Věra FACOVÁ a kol., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2617-5.
- Pan Parkinson*. Režie: Petr Jančárek. TV, ČT2. 29. 1. 2008, 20:00. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10123227285-pan-parkinson>.
- PAŤHOVÁ, Eva, 2007. *Zdravotně sociální problematika Parkinsonovy choroby*. České Budějovice. Bakalářské práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- PREISS, Marek, Hana Kučerová a kol., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4708-430.
- PURŠOVÁ Martina, 2013 *Fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci*. In: Dušek a kol. *Parkinsonova nemoc: z různých pohledů* 1. Vyd. Praha: Společnost Parkinson, o.s. s. 74-115. ISBN 987-80-260-4860-2.
- PURŠOVÁ, Martina a Jan ROTH, 2011. *Parkinsonova nemoc: Komplexní fyzioterapeutický pohled*. 1. Vyd. Praha: Novartis. ISBN neuvedeno.
- REKTOR, Ivan, 2013. *Nová léková forma pro léčení Parkinsonovy choroby*. Parkinson. roč. 2013, č. 41, s. 30. ISSN 1212-0189.

ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA, 2005. *Parkinsonova nemoc*. 3. Vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-044-5.

RŮŽIČKA, Evžen a kol., 2004. *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby*. 1. Vyd. Praha: Galén, ISBN 80-7262-298-6.

RŮŽIČKA, Evžen a Jan ROTH, 2006. *Parkinsonova nemoc*. Postgraduální medicína. roč. 2006, č. 5, s. 507-516. ISSN 1212-4184.

RŮŽIČKA, Evžen, Jan ROTH a Petr KAŇOVSKÝ a kol, 2000. *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy*. 1. Vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-048-7.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHWARZ, Shelley Peterman, 2008. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-802-4723-211.

ŠALÁTEK, Lubomír, 2005. *Parkinsonova choroba: 101 doporučení, rád a názorov na každý deň pre parkinsonikov a tých druhých*. 1. Vyd. Nitra: Spoločnosť Parkinsonikov Slovenskej republiky. ISBN 80-969451-0-6.

ŠTRBAVÁ, Kristína. 2010. *Pády u nemocných s Parkinsonovou nemocí*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita pardubice.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol, 2009. *Ošetrovatelská proces a jeho realizace*. 1. Vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRENZOVÁ, Nikola, 2013. *Parkinsonova nemoc a výživa*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

UHROVÁ Tereza, 2013 *Psychiatrická problematika u Parkinsonovy nemoci* In: Dušek a kol. *Parkinsonova nemoc: z různých pohledů* 1.Vyd. Praha: Společnost Parkinson, o.s. s. 31-50. ISBN 987-80-260-4860-2.

VRÁNOVÁ, Lenka, 2006. *Hlubková mozková stimulace u klientů s Parkinsonovou chorobou*. Sestra. roč. 2006, č. 7-8, s. 46. ISSN 1805-2355.

ZÁRUBOVÁ Kateřina, 2006. *Parkinsonova nemoc a nejčastější diagnostické omyly*. Lékařské listy. roč. 2006, č 21, s. 22. ISSN 1805-2355.

ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDVÁ a Rostislav ČEVELA, 2010. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3535-1.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha I	Psaní pro parkinsoniky
Příloha II	Dotazník WOQ 9
Příloha III	Dotazník nemotorických příznaků u Parkinsonovy choroby
Příloha IV	UPDRS škála
Příloha V	Deník klienta
Příloha VI	Seznam léků, jež nesmí být parkinsonikovi podány
Příloha VII	Podklady pro rozhovor se sestrami
Příloha VIII	Podklady pro rozhovor s klienty
Příloha IX	Seznam jednotlivých kódů ke kategoriím
Příloha X	Plán péče o klienta s Parkinsonovou chorobou
Příloha CD	Doslovný přepis rozhovorů

Příloha I – Psaní pro parkinsoniky Desitin

<h3>PSANÍ PRO PARKINSONIKY</h3>  <p>Tento materiál pro Vás připravila DESITIN PHARMA, spol. s r.o.</p> 	<h3>ABECEDA</h3> <p>Pokračujte prosím dále v abecedě. Dbejte na to, abyste zachovali stejnou velikost písma podle vzoru.</p> <p>Cvičení dne: _____</p> <p><i>ABC</i> _____</p> <p><i>abc</i> _____</p> <p><i>ABC</i> _____</p> <p><i>abc</i> _____</p> <p><i>ABC</i> _____</p>
<h3>VZORY</h3> <p>Pokračujte dál podle vzoru. Dbejte na to, abyste udrželi stejnou velikost.</p> <p>Cvičení dne: _____</p> <p><i>elelel</i> _____</p> <p><i>elelel</i> _____</p> <p><i>~~~~~</i> _____</p> <p><i>~~~~~</i> _____</p> <p><i>□□□</i> _____</p>	<h3>SLOVO ZA SLOVEM</h3> <p>Opište předtištěná slova. Pokuste se dodržet správný odstup od linek. Po každém slově si krátce odpočítejte.</p> <p>Cvičení dne: _____</p> <p><i>pes</i> _____</p> <p><i>kámen</i> _____</p> <p><i>nevěsta</i> _____</p> <p><i>slyšet</i> _____</p> <p><i>papír</i> _____</p> <p><i>spát</i> _____</p>

Zdroj: Získáno od MUDr. Perekové (neurologické oddělení ČB)

Příloha II – Dotazník WOQ 9

Zatrhňte prosím Ano či Ne ve sloupci A pro všechny příznaky Parkinsonovy nemoci, které se u Vás v uplynulém měsíci objevily během běžného dne.

Zatrhňte prosím Ano ve sloupci B, pokud se tento příznak po užití další dávky léku na Parkinsonovu nemoc obvykle zlepší či vymizí, nebo zatrhňte Ne ve sloupci B, pokud se tento příznak po užití další dávky léku na Parkinsonovu nemoc nezlepší ani nevymizí.

Příznak	SLOUPEC A		SLOUPEC B	
	Příznak se vyskytuje		Příznak se většinou zmírní po další dávce léku na Parkinsonovu nemoc	
	ANO	NE	ANO	NE
1. Třes (např. třes rukou, paží či nohou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jakákoliv zpomalení pohybu (např. při chůzi, jídlu či oblékání)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Změny nálady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jakákoliv ztuhlost (např. strnulost paží či nohou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bolest/bolestivost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Snížená zručnost (např. problémy se zapínáním či se psaním)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zastřená mysl/zpomalené myšlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Úzkost/záchvaty paniky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Svalové křeče (např. v pažích, nohou, chodidlech)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: Získáno od MUDr. Perekové (neurologické oddělení ČB)

Příloha III – Dotazník nemotorických příznaků u Parkinsonovy nemoci

DOTAZNÍK NEMOTORICKÝCH PŘÍZNAKŮ U PARKINSONOVY NEMOCI

Jméno:..... Datum:..... Věk:.....

Muž Žena

NEMOTORICKÉ (JINÉ NEŽ POHYBOVÉ) OBTÍŽE U PARKINSONOVY NEMOCI

Hybné příznaky u Parkinsonovy nemoci jsou dobře známé. Někdy se však mohou vyskytnout i další obtíže, které jsou součástí tohoto onemocnění nebo vznikly v důsledku nežádoucích účinků jeho léčby. Je důležité, aby o nich lékař věděl, zejména pokud Vás obtěžují.

Níže je uvedeno celé spektrum obtíží. Zaškrtněte, prosím, okénko „Ano“, pokud se u Vás příznak vyskytl v průběhu uplynulého měsíce. Lékař nebo zdravotní sestra Vám mohou položit několik otázek, aby Vám usnadnili Vaše rozhodování. Pokud se u uplynulém měsíci u Vás příznak nevyskytl, zaškrtněte okénko „Ne“. Měl/a byste odpovědět „Ne“ i tehdy, pokud se u Vás tento příznak v minulosti vyskytl, ale nebylo to v uplynulém měsíci. V tomto případě zaškrtněte okénko „Ano v minulosti“

Zažil/a jste v uplynulém měsíci některý z následujících příznaků?

	Ano	Ne	Ano v minulosti		Ano	Ne	Ano v minulosti
1. Nadměrné slinění (vytékání slin z úst) v průběhu dne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Pocity smutku, nepohody nebo sklíčenosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ztráta nebo změna chuti nebo čichu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Pocity úzkosti, strachu nebo paniky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Obtíže při polykání potravy nebo tekutin nebo problémy se zaskakováním potravy nebo tekutin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Pocit menšího nebo většího zájmu o sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zvracení nebo nevolnost (nauzea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Potíže při snaze o sexuální styk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zácpa (méně než 3 stolice týdně) nebo nutnost nadměrně tlačit při vyprazdňování stolice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Pocity závratí, poruchy rovnováhy nebo slabost při vstávání ze sedu nebo lehu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Neschopnost udržet stolici (inkontinence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Pády	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pocit, že po stolici není vyprázdnění střev dostatečné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Potíže udržet bdělost při činnostech jako je práce, řízení auta nebo jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Naléhavé nutkání močit Vás přinutí spěchat na toaletu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Potíže při večerním usínání nebo noční nespavost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pravidelné noční vstávání kvůli močení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Intenzivní, živé nebo děsivé sny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nevysvětlitelné bolesti (které nejsou způsobeny známým onemocněním, například zánětem kloubů)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Mluvení nebo pohyby ve spánku, jako byste „předváděl/a“ svůj sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nevysvětlitelné změny hmotnosti (které nejsou způsobeny změnou stravovacích návyků)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Nepříjemné pocity v dolních končetinách v noci nebo v klidu a pocit, že s nimi potřebujete hýbat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problém se zapamatováním si událostí, které se staly nedávno, nebo zapominání něco udělat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Otoky dolních končetin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ztráta zájmu o okolní dění nebo nezájem něco dělat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Nadměrné pocení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vidění nebo slyšení něčeho, o čem sami víte, že neexistuje, nebo o čem Vám ostatní říkají, že neexistuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Dvojitě vidění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Obtíže se soustředěním nebo udržením pozornosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Přesvědčení, že se Vám dějí různé věci, o kterých ostatní říkají, že nejsou pravdivé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PNE03 19 009

Přeloženo a upraveno podle Chaudhuri R. et al. *Movement Disorders* 2006; Vol. 21, No 7: 916-923, ve spolupráci s doc. MUDr. Irenou Rektorovou, Ph.D., I.neurologická klinika LF MU ve FN u sv. Anny v Brně.

Zdroj: Získáno od MUDr. Perekové (neurologické oddělení ČB); originál Chaudhuri R et al., přelamuj Rektorová.

		Datum															
		on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off
24	Pohyby dlaní	pravá															
		levá															
25	Alternující pohyby rukou	pravá															
		levá															
26	Pohyby nohou	pravá															
		levá															
27	Vstávání ze židle																
28	Držení postavy ve stoji																
29	Chůze																
30	Posturální stabilita																
31	Bradykineze a hypokineze těla																
	Mezisoučet: 18-31 (max. = 108)																
	Celkový počet bodů: 1-31 (max. = 176)																
32	Dyskineze: trvání																
33	Dyskineze: omezení																
34	Dyskineze: bolesti																
35	Dyskineze: dystonie																
36	Stavy "off": předvídatelné																
37	Stavy "off": nepředvídatelné																
38	Stavy "off": náhle																
39	Stavy "off": trvání																
40	Nauzea, nechutenství, zvracení																
41	Poruchy spánku																
42	Symptomatická ortostáza																
	Krevní tlak:	vsedě															
		vleže															
		vstoje															
	Váha																
	Tep:	vsedě															
		vleže															
		vstoje															
	Jméno lékaře																
		on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off	on	off
	Stadium dle Hoehnové a Yahra																
	Škála každodenních činností																
	Škála každodenních činností (s dyskinezi)																

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

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

I. Myšlení, chování a nálada

1) postižení intelektu

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

2) porucha myšlení

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

3) deprese

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

4) motivace/iniciativa

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

II. Aktivity běžného života

5) řeč

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

6) salivace

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

7) polykání

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

8) psaní rukou

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

9) krájení jídla a manipulace s přiborem

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

10) oblékání

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

11) osobní hygiena

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

12) obrácení na postel a přikrývání se

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

13) pády (bez vztahu k „freezingu“)

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

14) freezing za chůze

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

15) chůze

- 0 = normální
1 = mírné obtíže, mohou chybět souhyby paží nebo má sklon šourat nohy
2 = střední obtíže, vyžaduje malou nebo žádnou pomoc
3 = těžká porucha chůze vyžadující pomoc
4 = nemůže vůbec chodit, ani s pomocí

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

- 0 = nepřítomen
1 = nepatrný, zřídka přítomný
2 = středně těžký, pacienta obtěžuje
3 = těžký, narušuje mnoho denních činností
4 = velmi těžký, narušuje mnoho denních činností

17) senzorické obtíže související s parkinsonismem

- 0 = žádné
1 = příležitostně necitlivost, brnění či mírná bolest
2 = často je přítomná necitlivost, brnění či bolest, ale pacienta netrápí
3 = časté bolestivé pocity
4 = mučivá bolest

III. Vyšetřování hybnosti**18) řeč**

- 0 = normální
1 = nepatrná ztráta výrazovosti, výslovnosti a hlasitosti řeči
2 = monotónní, setřelá, ale srozumitelná řeč, středně porušena
3 = zřetelně porušena, je obtížné porozumět
4 = nesrozumitelná

19) mimika

- 0 = normální
1 = naznačená hypomimie, může být ještě v rámci normální „poker face“
2 = nepatrné, ale nepochybně abnormální ochuzení mimiky
3 = mírná hypomimie, rty jsou někdy pootevřené
4 = maskovitá tvář s těžkou (úplnou) ztrátou mimiky, rty trvale pootevřené

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

- 0 = nepřítomen
1 = nepatrný a zřídka přítomný
2 = třes je stálý, malé amplitudy, nebo je větší amplitudy, ale pouze intermitentně přítomen
3 = větší amplitudy, přítomen po většinu času
4 = značné amplitudy, přítomen po většinu času

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

- 0 = nepřítomen
1 = nepatrný, přítomný jen za pohybu
2 = nevelké amplitudy, přítomný jen za pohybu
3 = nevelké amplitudy, přítomný při statické zátěži stejně jako za pohybu
4 = značné amplitudy, narušuje stravování

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

- 0 = nepřítomna
1 = nepatrná, zjistitelná pouze při aktivaci pohybem druhostanné končetiny
2 = mírná až střední
3 = značná, ale je ještě zachován plyný rozsah pohybu
4 = těžká, omezuje rozsah pohybu

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

- 0 = normální
1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy
2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu
3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu
4 = neschopen provést pohyb

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

- 0 = normální
1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy
2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu
3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu
4 = neschopen provést pohyb

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

- 0 = normální
1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy
2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu
3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu
4 = neschopen provést pohyb

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

- 0 = normální
1 = mírné zpomalení a/nebo snížení amplitudy
2 = středně těžce narušený pohyb, brzy se vyčerpává, mohou být příležitostné zárazy v pohybu
3 = těžce narušený pohyb, časté váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu
4 = neschopen provést pohyb

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

- 0 = normální
1 = pomalé nebo potřebuje více pokusů
2 = zvedá se s oporou o ruce
3 = tendence k pádu nazad, potřebuje více pokusů, ale vstane bez pomoci
4 = neschopen vstát bez pomoci

28) držení postavy ve stoji

- 0 = normálně vzpřímený
1 = ne zcela vzpřímený, nepatrně nahnbený postoj (může být normální pro starší osoby)
2 = mírně nahnbený, bezpochyby abnormální postoj, může být nepatrně nakloněn k jedné straně
3 = těžce nahnbený s kyfózou, může být mírně nakloněn k jedné straně
4 = značné flekční držení, postoj je extrémně abnormální

29) chůze

- 0 = normální
1 = chodí pomalu, může mít krátký šouravý krok, ale nemívá festinace nebo propulse
2 = chodí s obtížemi, ale vyžaduje jen malou nebo žádnou oporu
3 = těžká porucha chůze vyžadující oporu
4 = nechodí vůbec, ani s oporou

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

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

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

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

IV. Komplikace léčby (v posledním týdnu)

A. Dyskineze

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

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

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

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

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

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

35) přítomnost časné ranní dystonie (anamnestický údaj)

- 0 = ne
- 1 = ano

B. Klinické fluktuace

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

- 0 = ne
- 1 = ano

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

- 0 = ne
- 1 = ano

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

- 0 = ne
- 1 = ano

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

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

C. Jiné komplikace

40) trpí pacient nechutenstvím, nevolností či zvracením?

- 0 = ne
- 1 = ano

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

- 0 = ne
- 1 = ano

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

- 0 = ne
- 1 = ano

V. Modifikovaná stupnice stadií podle Hoehnové a Yahra

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

VI. Schwabova a Englandova škála každodenních činností

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

Zdroj: převzato z Růžička, Roth, Kaňkovský (2000)

Příloha V – Deník klienta

Jméno:																							
lék	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
datum:	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
mimovolné pohyby																							
dobrá hybnost																							
třes, ztuhlost, zpomalenost																							
datum:	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
mimovolné pohyby																							
dobrá hybnost																							
třes, ztuhlost, zpomalenost																							
datum:	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
mimovolné pohyby																							
dobrá hybnost																							
třes, ztuhlost, zpomalenost																							

Každou hodinu vyznačte křížkem svůj stav hybnosti. Spánek označte písmenem s.

Získáno od MUDr. Perekové (neurologické oddělení ČB); originál Roth, Sekytová, Růžička a kol. (2005)

Příloha VI – Seznam léků, jež nesmí být parkinsonikovi podány

ZOZNAM REGISTROVANÝCH LIEKOV, KTORE NESMU BYŤ PODANE PACIENTOM S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Zoznam registrovaných liekov, ktoré nesmú byť podané osobe s Parkinsonovou chorobou, pretože môžu spôsobiť vážne zhoršenie príznakov ochorenia, v niektorých prípadoch dokonca ohroziť na živote (máj 2007).

1. Klasické neuroleptika (*liečba schizofrénie, zmätenosti, premedikáciapred chirurgickou operáciou*)

- **haloperidol (Haloperidol)**
- **chlorpromazin (Plegomazin)**
- **levopromazin (Tisercin)**
- **flufenazin (Moditen)**
- **perfenazin (Perfenazin)**
- **tioridazin (Thioridazin)**

2. Antiemetika, prokinetika, antivertiginoza (*lieky proti nevoľnosti, zvracaniu, závratom*)

- **metoklopramid (Degán, Cerucal, Pramidin)**
- **tietylperazin (Torecan)**

3. Iné

- **cinarizin (Stugeron, Cinnabene, Cinarizin, Arlevert)**
- **prometazin (Prothazin, Promethazin)**

Zdroj: převzato od Štrbáková Kristína (2010); originál Růžička, Roth, Kaňkovský (2000)

Příloha VIII – Podklady pro rozhovor s klienty

Rozhovor pro zjištění ošetřovatelských problémů a z nich vycházejících intervencí u klienta s Parkinsonovou chorobou

Klient:

věk:

pohlaví:

místo bydliště

- 1) Jak řešíte samovolné pohyby, ztuhlosti a ostatní obtíže?
- 2) Jakým způsobem rehabilitujete a jak procvičujete paměť a myšlení?
- 3) Jak zvládáte běžné denní činnosti a kontakt na úřadech?
- 4) Jak vám pomáhá rodina a okolí v péči o Vaši osobu a jak na Vaši nemoc hledí?
- 5) Jak snášíte léčbu a co berete za lék?
- 6) Jak dlouho trpíte Parkinsonovou chorobou a jak jste s ní smířený?
- 7) Jaká shledáváte specifika péče o klienta s Parkinsonovou chorobou?
- 8) Jaké si myslíte, že jsou nejzávažnější ošetřovatelské problémy, s nimiž se potýkáte?
- 9) Jak řešíte svoji zhoršenou pohyblivost a chůzi?
- 10) Jak bojujete proti třesu?
- 11) Jakými technikami zvládáte stresové situace, úzkostné stavy a deprese?
- 12) Jak zlepšujete svoji komunikaci?
- 13) Jak zvládáte problémy s močením a zácpou?
- 14) Co děláte proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství?
- 15) Jaká opatření provádíte proti pádu?
- 16) Využíváte možnosti logopeda či fyzioterapeuta?
- 17) Jaká zdravotnická zařízení v souvislosti s chorobou navštěvujete?
- 18) Jak jste byl/a spokojený/á s hospitalizací na neurologickém oddělení?

Příloha IX – Seznam jednotlivých kódů ke kategoriím

Seznam kódů

Kategorie „Ošetrovatelské problémy“

Podkategorie „Nejčastější problémy“

S1/1, S2/79, S3/136, S4/164, S5/205, S6/239, S7/280, S8/313, S9/362, S10/420:

omezená schopnost sebepéče

S1/1, S3/136, S4/164, S9/360: ztuhlost a poruchy hybnosti

S1/2, S9/361: zpomalenost a únava

S1/2, S3/133: potíže s chůzí

S1/2, S3/133, S5/206, S9/361: riziko pádu

S1/3, S2/79, S6/239: náročná a plná péče

S3/134: potíže s dolními končetinami

S3/136: riziko infekce

S4/165, S9/36: strach a úzkost

S4/165, S10/420: zácpa

S4/165: otoky

S4/165, S9/363: bolest

S4/165: hospitalismus

S4/165: potíže s dýcháním

S5/206, S6/238, S7/280: třes

S6/239: lehká demence

S6/240, S8/313, S9/361, S10/418: ztížená komunikace

S9/362, S10/419: bezmocnost a beznaděj

S9/362, S10/418: inkontinence

S10/418: závratě

S10/419: obtížná socializace

S10/420: porušený spánek

Podkategorie „Nejvíce obtěžující problémy“

S1/7, S9/366: sociální izolace

S1/7: nechutenství

S1/8, S4/167, S5/207, S6/242, S9/364, S10/422: problémy s pohybem a rovnováhou

S1/8, S3/138, S4/166, S7/282, S8/314, S10/424: problémy se soběstačností

S2/82, S10/420: psychické problémy

S2/83, S10/423: snížená aktivita

S3/137: diskomfort

S3/137: neznalost pojmu

S3/138, S6/244: riziko pádu

S4/166, S5/207, S9/364, S10/421: třes

S4/168: porucha výživy

S4/168: porucha vyprazdňování

S6/242, S9/365: porucha chůze

S6/243: poškozená kvalita života

S8/315, S9/366: porušená komunikace

S9/364, S10/422: zpomalení

S9/365: porucha spánku

S10/421: porucha paměti

Kategorie „Ošetrovatelská péče“

Podkategorie „Obecné zásady“

S1/9, S2/85, S4/170, S10/427: aktivizovat, nenechat v nečinnosti

S1/10, S7/286, S8/316, S9/369: rehabilitace

S1/11, S5/208, S6/245, S7/286: dopomoc dle skutečné potřeby, nedělat za klienty věci, které zvládnou sami

S1/12, S3/139, S9/368: pravidelnost léků

S2/85, S10/425: motivace a podpora

S3/140: vstřícnost

S4/169: prevence pádu a úrazu

S4/169: socializace

S7/284: prevence dekubitů

S8/316, S10/428: nácvik sebeobsluhy

S9/367: dostatek informací

S9/367: dodržovat zásady komunikace

S9/368: nespěchat

S9/370: sledovat psychický stav

S9/370: sledovat vyprazdňování

S10/425: trénování paměti

Podkategorie „Specifika“

S1/17: pomalost a ztuhlost

S1/19: jiný vzhled

S1/19, S7/287, S8/319: časování léků

S2/86, S6/248, S9/371, 10/430: více se věnovat a mít čas

S2/87, S9/372, S10/433: povzbuzovat, aktivizovat a motivovat

S3/141, S4/171, S9/327: přístup a dopomoc podle stavu a stádia onemocnění

S4/172: nácvik rovnováhy

S5/209: zábrany

S6/248, S10/430: trpělivost, empatie

S9/371: komunikace

S9/372, S10/431: rehabilitace

S10/430: psychická podpora

S10/433: individuální přístup

Podkategorie „Nejčastější úkony“

S1/2, S2/88, S3/144, S4/173, S6/249, S7/290, S8/323: asistence při péči o sebe a nácvik sebeobsluhy

S1/22, S5/211, S10/435: podávání léků

S1/22: podávání tekutin

S1/24, S2/88, S5/211, S9/374, S10/434: rehabilitace

S1/24: zapojit rodinu

S2/88, S8/323: motivace a podpora

S3/145: prevence pádu

S4/173, S8/323, S10/435: dopomoc při chůzi

S4/174: aktivizace

S4/174: prevence dekubitů

S5/211, S10/434: trénování paměti

S5/212, S10/435: nácvik jemné motoriky

S10/436: edukace o odpočinku

Podkategorie „Reakce na onemocnění dle věku“

S1/26, S2/90, S3/146, S4/175, S5/213, S6/250, S7/291: mladší

S8/324: starší

S9/376, S10/437: věk nerozhoduje

Podkategorie „Podpora a socializace“

S1/29: rehabilitace

S1/29, S5/215, S6/253, S10/442: povzbuzování a motivovat k výkonu

S1/31, S2/92, S3/148, S4/180, S5/215, S9/378, S10/443: zapojit blízké

S2/92: rozhovorem

S3/149, S4/181, S8/328, S9/379, S10/441: sdružení parkinsoniků

S3/149, S4/180, S7/292, S8/329: milý a citlivý personál

S4/180: psycholog

S4/181: dodat sebedůvěru

S4/182, S6/257, S9/378: výlety, manuální tvořivost

S7/292: nácvik sebeděče

S10/441: neizolovat od okolí

Kategorie „Specifické intervence“

Podkategorie „Zlepšení pohyblivosti a chůze“

S1/36, S2/96, S3/150, S4/183, S7/295, S8/334, S9/384, S10/444: rehabilitace

S1/36: aktivizace

S1/37, S2/97, S5/216, S8/332, S9/380: nácvik stoje a chůze

S1/40, S2/96, S3/150, S4/183, S5/216, S6/258, S10/446: kompenzační pomůcky

S1/40: fyzioterapeut

S3/150, S7/294, S8/330: medikace

S4/184, S8/331: u imobilních polohování a prevence kontraktur

S8/332, S9/380, S10/445: nácvik držení těla

S10/444: motivace a podpora

Podkategorie „Doporučení proti třesu“

S1/41, S2/102, S4/186, S5/218, S6/261, S8/335, S10/449: medikace

S1/45: odvést pozornost od třesu

S2/106: edukace o odhadnutí schopností

S2/107, S9/336: doporučení k zastavení třesoucích se horních a dolních končetin

S4/185, S9/388: rehabilitace
S4/185, S10/448: bazální stimulace a relaxace
S4/185, S7/296, S8/337: dělat vše v klidu a dostatek času
S4/186, S7/298, S10/447: nestresovat
S4/187: pravidelný denní režim
S8/336: pomůcky pro lepší úchyt a nedávat těžké věci

Podkategorie „Techniky proti stresu, úzkosti a depresi“

S1/46, S2/109, S4/189, S5/220, S6/264, S8/339, S9/389, S10/450: vyslechnout,
povzbudit
S1/47, S10/451: zaměstnat
S2/110, S4/189, S5/220, S10/451: poučení rodiny
S3/154, S6/264, S9/390: psycholog, psychiatr
S3/155, S4/188, S8/340, S9/390, S10/452: medikace
S4/188, S9/400: relaxace
S4/189: masáže, míčkování
S7/299: bazální stimulace
S10/451: udržovat kontakt s okolím

Podkategorie „Zlepšení komunikace“

S1/50, S2/112: komunikace se spoluklienty
S1/54, S2/113, S5/222: využívání sdělovacích prostředků
S1/55, S2/115, S3/156, S6/266, S10/456: logoped
S4/191, S9/403: logopedické pomůcky
S4/193, S7/300, S8/344, S9/401, S10/456: dodržovat zásady dobré komunikace
S5/221, S6/268, S8/342: rozhovor
S5/221, S9/404: edukace rodiny
S8/343, S10/455: procvičovat komunikaci

S9/403, S10/454: procvičování mimických svalů

Podkategorie „Doporučení proti problémům s močením a zácpou“

S1/56, S2/117, S4/15, S5/225, S8/349, S9/405, S10/458: dostatek tekutin

S1/56, S4/195, S5/226, S7/303, S9/406: dostatek pohybu

S1/57, S2/118, S3/158, S4/195, S5/228, S6/270, S7/302, S8/350, S9/406, S10/458:
medikamentózně

S1/57, S5/224, S8/347: pomůcky k vyprazdňování na lůžku

S1/60, S3/157, S4/194, S6/304, S10/460: používání inkontinenčních pomůcek

S1/61, S4/194, S5/225, S6/269: PMK

S2/116: monitorace vyprazdňování

S2/119, S4/195, S5/229, S7/303, S8/348, S9/406, S10/458: potraviny podporující
vyprázdňení

S3/158: zvýšená hygiena

S4/195, S5/226, S8/348, S9/405: vhodná strava

S4/196: pravidelně vysazovat na WC

S4/197, S5/227: poklepová masáž podbřišku

S9/407: cviky na posilování pánevního dna

Podkategorie „Úkony proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství“

S1/62, S4/198, S8/352, S9/411, S10/461: dostatek tekutin

S1/62: mokrá látka na radiátor v zimě

S1/63: dohled při jídle

S1/64, S10/462: jíst vsedě a v klidu

S1/65, S3/160, S4/199, S5/233, S6/272, S7/308, S8/353, S9/415: vhodnou stravu pro
lepší polykání

S1/66: drtit léky

S1/68, S4/231, S6/307: konzultace s nutriční terapeutkou

S2/127, S3/159, S4/199: farmakologicky

S4/198, S5/235, S6/273, S7/305, S8/410, 412: zvláštní péče o dutinu ústní

S4/200, S5/230, S6/273, S7/307, S8/351, S9/414, S10/463: individuální dieta či jídlo z domu

S4/201, S5/234, S8/353: NGS při horších případech

S9/410: omezit kofein

S9/413, S10/462: vitamíny

Podkategorie „Opatření proti pádu“

S1/70, S2/131, S5/236, S6/276, S7/309, S8/357: edukace klienta o bezpečnosti

S1/73, S2/132, S3/162, S5/236, S6/277, S7/309, S8/359: poučit o signalizaci

S1/74, S3/162, S4/203, S5/237, S7/312, S9/416, S10/466: kompenzační pomůcky

S1/75, S2/128, S3/162, S4/202, S6/278, S7/311, S9/416: doprovod

S2/129, S3/161, S4/202, S5/236, S6/277, S7/310, S8/355: zábrany

S2/131, S9/417: kontrolovat obuv

S4/203, S8/358, S9/417, S10/464: bezbariérový prostor a bezpečné prostředí

S8/356: medikace na zklidnění

Kategorizace rozhovorů s klienty

Kategorie „Zvládání každodenních životních situací“

Podkategorie „Denní činnosti a kontakty na úřadech“

K1/13, K5/207: potřeba odpočinku

K1/14, K3/135, K4/160, K5/208, K6/267: kontakty na úřadech bez problému

K2/80: pomůcky pro lepší sebeobsluhu

K2/83, K6/268: kontakty na úřadech s pomocí rodiny

K3/134: potíže s oblékáním a jídlem

K4/160, K5/207: denní činnosti bez problémů

Podkategorie „Rodina a okolí“

K1/15, K2/85, K3/136, K4/162, K5/209, K6/269: rodina pomáhá a stará se

K1/16, K2/86, K4/162, K6/270: rodina nemoc akceptovala

K2/84: známí se snaží odvést pozornost

K3/137: okolí nemoc akceptuje

K6/270: okolí nevnímá

Podkategorie „Nezávažnější problémy“

K1/29, K6/275: špatné písmo

K1/34, K4/173, K5/224: ztuhlosti a tím způsobené problémy

K1/35, K6/274: zpomalenost

K1/36: netrpělivé okolí

K1/37: rezignace

K2/95: zhoršený pohyb na lůžku

K3/140: problémy s oblékáním

K3/140, K4/173, K5/223, K6/277: problémy s pohybem

K4/173: opožděné reakce

K4/174: samovolné pohyby

K4/175: problémy s trávením, dýcháním, vyprazdňováním

K5/228, K6/274: zhoršená chůze

K6/274: třes

K6/274: zhoršená paměť

K6/275: únava

K6/275: bolesti

K6/275: zhoršená sebeobsluha

Kategorie „Ošetrovatelská péče“

Podkategorie „Reakce na léčbu“

K1/23, K6/271: žaludeční obtíže

K1/24, K4/163, K5/214: užívá Requip

K2/88: psychické obtíže

K2/89, K3/138, K6/271: užívá Isicom

K4/163, K5/214: užívá Stalevo

Podkategorie „Specifika péče“

K1/25: náročnost pro pečovatele

K2/91, K6/273: dostatek času

K2/91, K4/165: neinformovaná veřejnost

K3/139: odlišný přístup

K4/166, K5/216, K6/272: specifika v léčích

K4/170: potřeba spolupráce s lékařem

Podkategorie „Spolupráce s fyzioterapeutem či s logopedem“

K1/61, K6/294: nyní fyzioterapii nevyužívá

K2/118, K4/189, K5/256, K6/295: logopedii využívá

K2/119, K3/152, K4/189, K5/257: kolektivní cvičení

K3/152: logopedii nevyužívá

K5/257: předepsané rehabilitace

Podkategorie „Zdravotnická zařízení“

K1/70, K2/120, K3/153, K4/191, K5/259, K6/296: neurolog

K2/120, K3/153: obvodní lékař

K6/296: psychiatr

Podkategorie „Hospitalizace na neurologii“

K2/121: nespokojenost po překladu na LDN

K4/261: s hospitalizací na neurochirurgii spokojená, na chirurgii problémy s léky

K6/297: byl spokojený

Kategorie „Specifické intervence“

Podkategorie „Řešení samovolných pohybů a ztuhlostí“

K1/4: rozpočívání ztuhlé ruky druhou rukou

K1/4, K5/194: snaha omezit obtíže

K2/72: uchopením se a mačkáním

K2/73, K3/131, K5/200: pomalu se pohybovat a potíže posléze odezní

K3/130: přesunutí končetiny

K4/156: proti ztuhlosti pravidelné denní cvičení

K5/196, K6/263: medikace

K6/263: cvičení

K6/263: úsměv

Podkategorie „Způsoby rehabilitace a zlepšování paměti“

K1/7: nerehabilituje

K1/7: společenské hry

K1/8, K4/158, K6/266: práce na počítači
K2/75, K3/132, K5/202: kolektivní cvičení v nemocnici
K2/75, K4/157, K5/202, K/264: cvičení doma
K2/77: procvičování paměti s rodinou
K3/132 K5/203: procházky
K4/157: práce na zahradě
K4/157, K5/205: kurz trénování paměti
K4/158: zájmová sdružení
K5/205, K6/265: luštění
K6/265: zpěv
K6/265: televize
K6/265: šachy
K6/266: opakování

Podkategorie „Zlepšení pohyblivosti a chůze“

K2/97, K5/233, K6/278: pomalá chůze o hůlce
K3/141: kolektivní rehabilitace
K3/141: denní procházky
K6/278: sportovní hole
K6/279: pomalá chůze bez opory

Podkategorie „Doporučení proti třesu“

K1/44, K5/239: soustředěním se třes odezní
K2/98: medikace
K2/98: uchopením se něčeho
K3/143: neřeší nijak
K4/179: zatížení HK taškou
K4/180: schování HK do kapsy

K6/280: cvičení

K6/280: individuální muzikoterapie

K6/281: nepřipouštět si ho

Podkategorie „Techniky proti stresu, úzkosti a depresi

K1/47: zklidnění se

K2/103, K5/240, K6/282: medikace

K3/145, K6/284: procházka

K6/282: hudba

K6/283: úsměv

K6/284: práce

Podkategorie „Zlepšení komunikace“

K1/52: soustředění se na psaní

K2/104: raději mlčí

K2/104: komunikace po telefonu

K2/105: cviky prstů pro lepší psaní

K3/147: četba

K4/182: správná artikulace

K4/182: zpěv

K6/285: televize

K6/286: komunikací

Podkategorie „Doporučení proti problémům s močením a zácpou“

K2/107, K3/148, K6/288: časté močení

K2/108, K3/148, K6/289: medikace na zácpu

K4/184: kompoty

K6/288: potraviny s vlákninou

Podkategorie „Úkony proti suchosti v ústech, poruše polykání a nechutenství

K1/56: suchost v ústech odezní

K1/57: obtíže s polykáním projí

K1/58: zhoršený čich, moc si nepochutná

K2/111: přinucení se k jídlu

K3/149: poruchy s polykáním neřeší

K4/185, K5/250, K6/290: tekutiny

Podkategorie „Opatření proti pádu“

K1/60: bez potíží

K2/155, K3/150, K4/187, K6/292: opírání o opěrné body

K4/187, K5/254, K6/293: vyhýbání se nebezpečí

K5/252, K6/293: chůze o holi

Příloha X – Plán ošetrovatelské péče o klienta s Parkinsonovou chorobou

Plán ošetrovatelské péče o klienta s Parkinsonovou chorobou

00085 Zhoršená pohyblivost

Cíl:

Minimalizovat ztrátu pohyblivosti klienta.

Výsledná kritéria:

Klient zná možnosti rehabilitace a fyzioterapie.

Klient je informován o možnosti využití kompenzačních pomůcek.

Klient zná zásady správné chůze.

Klient užívá léky dle ordinace lékaře.

V případě imobility je klient pravidelně polohován personálem a je předcházeno případným kontrakturám.

Klient je veden k aktivitě.

Klient je k pohybu motivován a podporován.

Klient je poučen o riziku pádu.

Klient je poučen, aby se pohyboval pomalu a bezpečně.

Klient je edukován a nutnosti cvičit i v domácím prostředí.

Klientovi jsou doporučeny pravidelné procházky.

Intervence:

Pouč klienta o možnosti využití rehabilitace a fyzioterapie.

Informuj klienta o kompenzačních pomůckách.

Edukuj klienta o zásadách správné chůze.

Edukuj klienta o pravidelném užívání léků dle ordinace lékaře.

V případě imobility klienta pravidelně polohuj a prováděj prevenci kontraktur.

Ved' klienta k aktivitě.

Motivuj a podporuj klienta k pohybu.

Pouč klienta o riziku pádu.

Pouč klienta, aby se pohyboval pomalu a bezpečně.

Edukuj klienta o nutnosti cvičení v domácím prostředí.

Doporuč klientovi pravidelné procházky.

Směřuj klienta k otázkám.

Hodnocení:

Zde by bylo uvedeno u konkrétního klienta, zda byl cíl splněn, či nikoli.