



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Specifika ošetrovatelské péče o pacienty
s Parkinsonovou chorobou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Zdeňka BIREŠOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Helena MICHÁLKOVÁ, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou*“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 30. 4. 2017

.....

Zdeňka Birešová

Poděkování

Tímto bych ráda vyjádřila poděkování vedoucí práce Mgr. Heleně Michálkové, Ph.D. za její ochotu, trpělivost, čas, užitečné rady, připomínky a upozornění při vypracování bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala hlavní sestře Mgr. Monice Kyselové, MBA, za umožnění provedení rozhovorů se sestrami v Nemocnici České Budějovice a.s. a předsedkyni Klubu Parkinson v Českých Budějovicích paní Ing. Bohumile Šindelářové.

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou

Abstrakt

Teoretická část: Parkinsonova choroba je náročné onemocnění nervového systému s velkým dopadem na život pacienta. Důležitost je kladena na specifika ošetrovatelské péče, kterým by se sestry měly plně věnovat.

Cíle práce: Ve výzkumné části jsme si zvolili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit současný stav ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou. Druhým cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika v ošetřování pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Metodika výzkumu a výzkumný soubor: Pro zpracování výzkumné části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů s pacienty s Parkinsonovou nemocí a všeobecnými sestrami pracujícími na neurologickém oddělení. Pro získání potřebných informací jsme využili metodu polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 8 klientů s Parkinsonovou nemocí a 10 všeobecných sester z neurologického oddělení. Získané informace byly doslovně přepsány a pomocí metody tužka a papír utříděny do jednotlivých kategorií.

Výsledky: Z výsledků výzkumu u pacientů bylo zjištěno pochybení ošetřujících lékařů, a to převážně v neinformovanosti pacienta o nemoci. Sestry trpělivě a obětavě prokázaly znalost specifik ošetrovatelské péče, důležitost pravidelnosti podávání léků a pro pacienty byly psychickou podporou. Z výzkumu sester vyplývá, že mají dobré povědomí o Parkinsonově nemoci, avšak následné vzdělávání nepovažují za důležité.

Závěr: Z dosažených poznatků jsme zjistili, že hospitalizovaným pacientům podávají sestry na neurologickém oddělení léky samy podle jejich harmonogramu. Pro pacienty je nejdůležitější dostatečná informovanost, komunikace, motivace, trpělivost a ohleduplnost zdravotnického personálu k jejich pomalejšímu tempu. Pacienti uváděli, že by bylo vhodné, aby se lékaři více specializovali na toto onemocnění.

Výsledkem bakalářské práce je poznatek o důležitosti dostatku času a dobré znalosti specifik ošetrovatelské péče. Práce může sloužit pro pacienty, zdravotníky, rodinné příslušníky a širokou veřejnost.

Klíčová slova: Parkinsonova nemoc; specifika ošetrovatelské péče; sestra; pacient; komunikace; motivace

Specifics of the nursing care for the patients with the Parkinson disease

Abstract

Theoretical part: Parkinson disease is exacting nervous system illness with big impact into patient's live. Importance lays in nursing care into which general nurses should pay attention.

Thesis goal: In research part were chosen two goals. First one was to find out the current state of nursing care for the patients with Parkinson disease. The second goal was to find out what are the specifics in the care for Parkinson disease patients.

Method of the research and research group: For the research part was chosen the method of quantitative research with interviewing the patients with Parkinson disease and general nurses who are working at the neurology department. The method of semi-structured interview was used for gaining the necessary information. The research group was made from 8clients with Parkinson disease and 10 general nurses from neurology department. All gained information were word-by-word retyped and with the pen and paper method sorted to the relevant categories.

Results: We have found out the misconduct at the doctor side which consists in lack of the information given to the patient about the disease from patient's research results. The general nurses patiently and unselfishly proved the knowledge of nurse care specifics, importance in regular medicament serving and were support for patients with Parkinson disease. From nurse's research results concluded that they have very good knowledge about Parkinson disease, however follow up education do not consider that important.

Conclusion: From the gained results was find out that general nurses at the neurology department are serving the medicaments to hospitalized patients according their schedule. For patient is most important to have full information, communication, motivation, patience and consideration of the medical personnel to their slower pace. Patients said that it would be convenient if doctors would be more specialized in this disease.

Result of this bachelor thesis is to have enough time for patients with Parkinson disease and good knowledge of nursing care specific. Thesis can be used for patients, medics, family member and wide public.

Key words: Parkinson disease; nursing care specifics; nurse; patient; communication; motivation

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	LITERÁRNÍ REŠERŠE	9
2.1	Parkinsonova choroba	9
2.1.1	Vznik a příčiny onemocnění	9
2.1.2	Příznaky a projevy onemocnění	10
2.1.2.1	Zpomalenost a omezení rozsahu pohybu	11
2.1.2.2	Rigidita (svalová ztuhlost)	11
2.1.2.3	Tremor (třes)	12
2.1.2.4	Poruchy chůze (posturální instabilita).....	12
2.1.2.5	Non-motorické příznaky	12
2.1.3	Diagnostika a vyšetřovací metody	13
2.1.4	Léčba onemocnění	14
2.1.4.1	Farmakoterapie.....	15
2.1.4.2	Hloubková mozková stimulace (DBS).....	16
2.1.4.3	Rehabilitační léčba	16
2.1.4.4	Psychoterapeutická léčba	17
2.1.5	Komplikace	18
2.2	Ošetrovatelská péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou	18
2.2.1	Potřeby pacienta a specifika ošetrovatelské péče	19
2.2.2	Specifika podávání léků	21
2.2.3	Edukace pacienta	22
2.3	Sdružení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou	24
3	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	26
4	METODIKA	27
4.1	Metodika výzkumu.....	27
4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	28
5	VÝSLEDKY	30
5.1	Analýza rozhovorů s klienty	30

5.1.1	Kategorie 1 - Jak dlouho má klient PN – průběh onemocnění	30
5.1.1.1	Podkategorie – První příznaky nemoci	30
5.1.1.2	Podkategorie – Sdělení diagnózy klientovi.....	31
5.1.2	Kategorie 2 – Současný stav	32
5.1.2.1	Podkategorie – Nynější příznaky nemoci	32
5.1.2.2	Podkategorie – Pravidelnost užívání léků.....	33
5.1.2.3	Podkategorie – Činnosti, které PN omezuje	34
5.1.3	Kategorie 3 – Zkušenost s hospitalizací a ošetřujícím lékařem.....	34
5.1.3.1	Podkategorie – Podávání léků k PN.....	35
5.1.3.2	Podkategorie – Specifika péče	35
5.1.3.3	Podkategorie – Edukace klienta	36
5.1.4	Kategorie 4 – Běžný život s PN.....	36
5.1.4.1	Podkategorie – Omezení běžného života	37
5.1.4.2	Podkategorie – Ostatní léčba.....	37
5.2	Analýza rozhovorů se všeobecnými sestrami	38
5.2.1	Kategorie 5 – Zkušenosti s klienty	38
5.2.1.1	Podkategorie – Péče o klienty	38
5.2.1.2	Podkategorie – Aktivizace, socializace a povzbuzení pacienta	39
5.2.2	Kategorie 6 – Specifika ošetrovatelské péče	41
5.2.2.1	Podkategorie – Specifika u Parkinsonovy nemoci.....	41
5.2.2.2	Podkategorie – Dostatek času na péči.....	42
5.2.2.3	Podkategorie – Ošetrovatelské problémy.....	43
5.2.3	Kategorie 7 – Vzdělání všeobecných sester	44
5.2.3.1	Podkategorie – Informace	44
5.2.3.2	Podkategorie – Semináře, přednášky	44
6	DISKUSE.....	46
7	ZÁVĚR	53
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	55
9	PŘÍLOHY	59
10	SEZNAM ZKRATEK	70

1 ÚVOD

Parkinsonova nemoc /dále jen PN/ je druhé nejčastější neurodegenerativní, chronické onemocnění nervového systému po Alzheimerově nemoci. Dochází k postupné ztrátě nervových buněk zvaných substantia nigra, které jsou součástí bazálních ganglií a produkují látku zvanou dopamin, který řadíme mezi transmitery. PN se projevuje hlavně poruchou motorické funkce, mezi které patří akinezie, rigidita a tremor. Dále se vyskytují poruchy čichu a chuti, poruchy polykání, nauzea, zvracení, poruchy močení, sexuální dysfunkce, typický maskovitý obličej, zácpa a poruchy spánku. Onemocnění značně ovlivňuje život pacienta a nemoc se nedá zcela vyléčit.

Bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou jsem si vybrala hlavně proto, že výskyt tohoto onemocnění stále více stoupá a nyní postihuje v České republice přibližně 15 tisíc lidí. Je zapotřebí, aby zdravotnický personál věděl vše o této nemoci, a mohl jim tak poskytnout profesionální péči.

V první části bakalářské práce jsem se zaměřila na celkové onemocnění, jeho příznaky, vznik onemocnění, diagnostiku, vyšetření a léčbu. Druhá část byla rozdělena na dvě podčásti. V první se zaměřuji na klienty s PN, zda sami klienti získávají od lékařů a jiného zdravotnického personálu dostatek informací o nemoci a jejich specifických, jak dlouho se s onemocněním léčí, jestli ví, jak správně užívat léky a které medikamenty užívat nemohou. Ve druhé části se zaměřuji na všeobecné sestry z neurologického oddělení, zda i ony znají všechna specifika ošetrovatelské péče o klienty s PN.

2 LITERÁRNÍ REŠERŠE

2.1 Parkinsonova choroba

Tato choroba život mění, ale není životu nebezpečná. (EPDA, 2011)

Londýnský lékař James Parkinson, podle něhož je nemoc pojmenována, popsal její symptomy již v roce 1817 (Cranwell-Bruce, 2010).

PN se v současnosti řadí mezi častá neurologická onemocnění, jak svojí závažností a četností výskytu, tak i tempem rozvoje léčebných možností. V současné době se lidé dožívají vyššího věku a počet pacientů s tímto onemocněním stoupá (Bonnet, Hergueta, 2012).

Parkinsonova nemoc je druhé nejznámější neurodegenerativní, progresivní, chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění nervového systému bazálních ganglií mozku, které postihuje hlavně starší lidi a jehož příčiny nejsou doposud zcela jasné (Casey, 2013).

Dochází k postupné ztrátě nervových buněk zvaných substantia nigra, které jsou součástí bazálních ganglií nacházející se v mozkovém kmeni ve středním mozku a produkující látku zvanou dopamin, jenž je přenašečem nervových vzruchů (Roth et al., 2009).

PN je tedy označována jako ztráta dopaminergních neuronů v oblasti bazálních ganglií. Bazální ganglia mají vliv na motorické funkce (kontrolují pohybové schopnosti), asociační funkce (vliv na rozumové schopnosti) a na limbický systém, který ovlivňuje emoce (Bonnet, Hergueta, 2012).

Tato definice přesahuje dřívější pojetí, které bazálním gangliím přisuzovalo pouze motorickou funkci (Bonnet, Hergueta, 2012).

2.1.1 Vznik a příčiny onemocnění

Schopnost ovládat lidské pohyby těla je velice složitý proces, na kterém se podílí nejenom mozek, ale i mícha, svaly, šlachy, nervové svazky a klouby. Účelnost a souhra pohybů těla jsou výslednicí spolupráce několika oblastí mozku. Největší postavení zaujímají již zmíněné v předchozí kapitole bazální ganglia (Roth et al., 2009).

Aby bylo snazší pochopit vznik PN, uvádíme stručný popis obecných pojmů anatomie a fyziologie nervstva. Jednotlivé buňky nervového systému mezi sebou komunikují

pomocí výběžků, které se společně dotýkají, a toto spojení se nazývá synapse. Přejede informace prostřednictvím synapse umožňuje látka zvaná transmitter a ta se zachytává na membráně bílkovinné struktury zvané receptor (Růžička et al., 2000).

Podkladem PN je snížení tvorby jednoho transmitteru - a to látky již zmíněné - dopaminu. Pokud je jeho nedostatek na synapsích, nemůže striatum (žíhané jádro), které je také součástí bazálních ganglií, správně pracovat, a tím dochází k poruše regulace hybnosti a objevují se projevy nemoci (Roth et al., 2009).

Přesné příčiny vzniku PN nejsou doposud zcela známy, ale víme, že hlavním důvodem je nedostatek dopaminu v bazálních gangliích. Bylo ale i zjištěno, že kromě nedostatku dopaminu mají na vznik onemocnění i změny jiných transmitterů např. glutamát, serotonin, kyselina gama-aminomáselná. Poruchy těchto transmitterů doprovázejí celou řadu dalších obtíží především v pozdějších stádiích onemocnění (Roth et al., 2009).

V jiných případech mohou být příčiny genetické (ty se objevují v 5-15 % případů onemocnění) a sledujeme je hlavně u lidí, kteří onemocní během 35. a 40. rokem života. Převážná většina případů se objevuje bez genetických predispozic. Mezi jiné příčiny řadíme virové infekce mozku, antipsychotika, dlouhodobá expozice herbicidů nebo jiné toxiny (Chocenská, 2010).

Mezi faktory životního prostředí, které mohou způsobovat onemocnění, jsou neurotoxické látky např. MPTP (metyl-fenyl-tetra-hydropiridin), látka derivována z meperidinu, jež je podobná LSD (Roth et al., 2009).

2.1.2 Příznaky a projevy onemocnění

Aby se PN projevila, musí být minimálně 50% buněk substantia nigra (vyrábějí dopamin) zničeno a dopamin ve striatu musí poklesnout minimálně o 70 – 80 %. U zdravých starších osob dochází průběžně také ke snížení počtu těchto buněk, ale nikoliv v takovém množství (Roth et al., 2009).

Nemoc se vyskytuje hlavně u lidí nad 50 let věku a její výskyt s věkem stoupá. První obtíže pacientů bývají necharakteristické: bolesti zad a ramen, ztráta výkonnosti, pocit těžkých končetin, porucha spánku, porucha polykání, zhoršená sebek péče, zácpa, zhoršené psaní, deprese (pocity beznaděje, úzkost, skleslost), riziko pádu, nechutenství, dysfagie, ukapávání slin, snížení sexuální výkonnosti, snížení krevního tlaku, nadměrná tvorba

mazu kůže a další nespecifické příznaky, které doprovázejí i jiná onemocnění (Penfold, 2011).

Základními projevy nemoci jsou **zpomalenost a omezení rozsahu pohybu, rigidita a tremor**, které jsou označovány jako parkinsonská triáda (Menšíková et al., 2015).

2.1.2.1 Zpomalenost a omezení rozsahu pohybu

U PN se rozděluje omezení pohybu na akinezi (neschopnost započít pohyb), hypokinezi (zmenšení rozsahu pohybu) a bradykinezi (zpomalenost při pohybu), (EPDA, 2013).

Pacienti mají problém postavit se ze sedu, přešlapují na místě a nemohou vyrazit ze stoje do chůze. Dochází k náhlému přerušení chůze, pacienti jakoby najednou zamrzli (tzv. freezing), při ulehnutí do rovné polohy mají hlavu několik centimetrů nad polštářem a nemohou hlavu položit. Při spánku dochází k neschopnosti přetočit se na stranu, což bývá pro pacienty velice nepříjemný pocit. Chůze je pomalá, kroky se zkracují a horní končetiny mají menší rozkvy (Roth et al., 2009).

Při akinezi dochází k neschopnosti zahájit pohyb, a tím dochází k problémům při motorických výkonech, jako jsou například uvazování kravaty, zapínání knoflíků, zavazování tkaniček, hledání mincí v peněžence, čištění zubů, mytí vlasů, holení, problémy při jídle a používání příboru. Nejčastějším projevem, který odhaluje nemoc je zmenšování písma během psaní, které se opět zvýší při jeho přerušení (EPDA, 2013).

2.1.2.2 Rigidita (svalová ztuhlost)

Svalová ztuhlost patří k hlavním příznakům nemoci a začíná většinou nesymetricky vlevo nebo vpravo. Sledujeme ji v uvolněné poloze a projevuje se zvýšením svalového napětí, které je potřebné ke vzpřímené poloze a k provedení pohybu. Ztuhlost svalů klade odpor, a dochází tak ke škubavému uvolňování svalů, bolesti a zvýšenému napětí v ramenou a zádech (Puršová, Roth, 2011).

Pro pacienty je tento příznak velice nepříjemný, těžko ho snáší, a proto to bývá to první, co přivede pacienta k lékaři (Puršová, Roth, 2011).

2.1.2.3 Tremor (třes)

Třes je převážně klidového charakteru, pomalé frekvence a bývá nejcharakterističtějším a nejčastějším příznakem PN, i když není typický jen pro toto onemocnění (Menšíková et al., 2015).

Pro pacienty ale bývá nepříjemný, obtěžující a je příčinou mnoha sociálních zábran. Nejčastěji se objevuje na prstech horních končetin a postupně s vývojem onemocnění se šíří na stejnostrannou dolní končetinu (Hehlmann, 2010).

Třes se objevuje v klidu, například když sedí pacient s rukama položenýma na stehnech nebo při chůzi a ruce jsou uvolněné podél těla, mizí během pohybu nebo ve spánku. Někdy třes přetrvává i během pohybu a pacientům znesnadňuje činnosti, jako jsou například telefonování nebo při jídle (Brožová, 2010).

Dopaminergní léčba má velice často dobré účinky, ale špatně se posuzuje, protože se třes objevuje znovu a zvyšuje se i při sebemenší emoci (Menšíková et al., 2015).

2.1.2.4 Poruchy chůze (posturální instabilita)

Porucha chůze je typická pro PN a pro pacienty velice nepříjemná. Projevuje se sehnutým držením trupu, šíje a pokrčenými dolními končetinami, přičemž dochází k tahu dopředu či dozadu, který vychyluje těžiště těla (Seidl, 2008).

Dochází ke zkrácenému kroku, chůze je nejistá, váhavá, pacienti přešlapují na místě, nemůžou zvednout nohu dostatečně vysoko, a tím dochází k zakopnutí a následnému pádu. Problémy jim dělá úzká chodbička, nebo místnost, která je plná předmětů (Bonnet, 2012).

Zajímavé je, že pacienti nemají problémy s chůzí ze schodů nebo do schodů, neboť při tomto pohybu mohou navodit vnitřní rytmus chůze (Roth et al., 2009).

2.1.2.5 Non-motorické příznaky

Mezi jiné příznaky PN patří typický maskovitý obličej, který se projevuje špatnou mimikou, stejným výrazem v obličejí, omezením vyjadřování pocitů, poruchy čichu a chuti, poruchy polykání, nauzea, zvracení, poruchy močení, sexuální dysfunkce (Rusová, 2016).

Velmi často se objevují poruchy spánku, kdy dochází k nadměrnému spánku během dne, nespavost, poruchy ve fázi REM, poruchy při spánku i v jiných fázích, poruchy dýchání ve spánku a živé sny (EPDA, 2011).

Vyskytují se neklidné dolní končetiny při usínání, pacient nemůže spát, neustále musí hýbat nohama, přechází po bytě, u některých může vyvolat pocity, které nutí k osprchování dolních končetin (Bonnet, 2012).

Dysartrie neboli porucha řeči se vyskytuje u většiny postižených pacientů. Projevuje se zpomalenou, ztišenou, drmolivou až nesrozumitelnou řečí a někdy také opakováním stejných slov (Roth et al., 2009).

Střevní potíže, mezi které patří hlavně zácpa, je pro lidi s PN obtěžujícím problémem a může znamenat psychické a fyzické zatížení, které výrazně snižuje kvalitu jejich života (Kyle, 2010).

Mezi psychické poruchy, které se u PN objevují, jsou úzkosti, panické poruchy, halucinace, bludy, sociální fobie, ale nejčastější je deprese (Nelson, 2013).

Prevalence demence u PN se odhaduje mezi 10 – 40 %. Kognitivní deficit nedosahující kritérií demence se vyskytuje u více než poloviny nemocných. Stoupá s věkem a se stupněm motorických postižení. Výskyt demence vždy zhoršuje prognózu (Masopust et al., 2016).

2.1.3 Diagnostika a vyšetřovací metody

Diagnostika PN a její postupy jsou vždy na prvním místě a vyžadují hledání a rozpoznávání motorických i non-motorických příznaků nemoci, které jsem podrobně popsala v podkapitole příznaky a projevy nemoci. Abychom mohli PN diagnostikovat, musí se objevit alespoň dva příznaky (EPDA, 2012).

Vyšetřují a sledují se i méně specifické příznaky pro toto onemocnění, které se následně seskupují do tzv. obrazu parkinsonského syndromu, jenž ale nemusí být způsoben jen příčinou PN (EPDA, 2012).

Menšíková et al. (2015) ve své literatuře uvádějí, že přesně popsat, diagnostikovat a klasifikovat onemocnění je nejdůležitější v době, kdy je třeba začít léčit.

Nejdůležitější je odběr anamnézy, kdy lékař zjišťuje, kdy se u nemocného objevily první příznaky PN, prodělaná onemocnění a operace, rodinnou anamnézu a reakci na předchozí dopaminergní léčbu, pokud nějaká proběhla (Roth et al., 2009).

Odpověď na dopaminergní podnět lze pokládat za nejvýznamnější diagnostický rys PN. Nejdůležitější je pro stanovení odpovědi na dávku L-DOPA ústup kardiálních motorických příznaků (hypokineze, rigidita a třes), (Roth et al., 2009).

K diagnostice onemocnění pomáhá také veliká řada hodnotících stupnic, jež byla vytvořena k usnadnění a včasnému zahájení nebo úpravě léčby. První z hodnotících škál, kterou vytvořili američtí neurologové v roce 1967 je Hodnotící stupnice Hoehnové a Yahra (Příloha 6), (EPDA, 2012).

Definitivním potvrzením onemocnění je histopatologické vyšetření (EPDA, 2012).

Mezi běžné vyšetřovací metody, které se využívají nejen při stanovení PN, patří SPECT, PET, MR (Jelínková, 2016).

2.1.4 Léčba onemocnění

PN není možno zcela vyléčit, ale je však možno dlouhodobě potlačovat její příznaky, a tím zmírnit dopady na každodenní život a kvalitu života pacienta (Brožová, 2010).

Základním a nejúčinnějším lékem je prekurzor dopaminu levodopa, který je schopen přestupu skrz hematoencefalickou bariéru do mozku, kde je přeměněna enzymem dopa-dekarboxylázy na dopamin (Brožová, 2010).

K optimálnímu léčebnému působení nestačí jen užívat léky, jak si někteří pacienti myslí a rádi by to považovali za dostatečné. Léky sice zmírňují nepříjemné projevy onemocnění, ale nevyhladí ztrátu funkčních schopností. Součástí léčby jsou režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová reedukace, a u některých případů i neurochirurgická léčba (Dostál, 2010).

Zmínila bych, že je velice důležitá podpora a pomoc rodinných příslušníků a známých v okolí nemocného, ale i vlastní aktivní postoj pacienta (EPDA, 2012).

Pacient s touto nemocí se výhradně léčí u specialisty na neurologii, který vývoj onemocnění sleduje pravidelně v časových odstupech (EPDA, 2012).

Základem je substituční léčba, která nahrazuje chybějící dopamin. Do skupiny antiparkinsonik patří Levodopa a agonisté dopaminu (Bonnet, 2012).

2.1.4.1 Farmakoterapie

Levodopa (L-DOPA)

Levodopa je v organismu transformována na dopamin. Byla uvedena na trh v 60. letech a dodnes je nenahraditelná i přes komplikace, které může její užívání přinášet, a zůstává základním lékem v léčbě PN. L-DOPA mají zejména vliv na rigiditu a hypokinezu a musí se užívat dlouhodobě v pravidelných intervalech, často se kombinují s anticholinergiky mající významný vliv na třes (Bonnet, 2012).

V léku se kombinuje levodopa s inhibitorem dopa-dekarboxylázy, aby nedošlo k transformaci na dopamin v periférii, tedy mimo mozek a nevznikly tak nežádoucí účinky jako jsou nevolnost, snížení krevního tlaku a zvracení. Z tohoto důvodu se také musí dodržovat alespoň hodinová pauza mezi jídlem a lékem, nebo dalším podáním léku, který snižuje rozkládání L- Dopy ve střevě- entecaponu (Brožová, 2010; Rektor, 2013).

Roth et al. (2009) ve své knize uvádějí, že levodopu rozdělujeme na 3 formy, které můžeme kombinovat:

- *Standartní* – dochází při ní k okamžitému uvolnění
- *Rozpustná forma* – ředí se ve vodě, rychleji a lépe se vstřebává
- *S prodlouženým uvolňováním* – delší doba působnosti

Mezi komplikace užívání patří, postupné zkracování doby její působnosti (dle odborné literatury 5-10 let), a tím se po čase znovu objevují pohybové obtíže (Bonnet, 2012).

Levodopa se může podávat v tabletové formě, ve formě gelu přímo do střeva (Dudopa), nebo formě inhalační, při níž je nástup účinku za 5-15 minut po vstříknutí do nosu, trvá 60 - 90 minut a pomáhá pacientům s ranní ztuhlostí nebo při „off stavu“ (Rektor, 2013).

Při náhlém vysazení nebo prudkému snížení dávky L-DOPA u pacienta s pokročilou Parkinsonovou nemocí hrozí akinetická krize a těžký stav, který se blíží k neuroleptickému maloignímu syndromu (Roth et al., 2009).

Agonisté dopaminu

Mezi další farmakologickou léčbu patří tzv. podávání agonistů dopaminu, které účinkují přímo na receptory ve striatu. Mezi základní přípravky patří pramipexol (Mirapexin), pergolid (Permax), bromokriptin (Parlodel, Serocryptin, Medocriptine), rotigotin, ropinirol (Requiup), tergurid (Mysalfon) aj. (Roth et al., 2009).

Hlavní využití agonistů dopaminů v léčbě, je při zvládnání pozdních motorických komplikací, kdy díky delšímu poločasu účinku prodlužují efekt dávek a díky jinému spektru účinku na jednotlivé receptory mohou mít menší pravděpodobnost tvorby polékových dyskinezi než L-DOPA (EPDA, 2012).

2.1.4.2 Hlubková mozková stimulace (DBS)

Hlubková mozková stimulace patří mezi formy chirurgické léčby, používá se jen při některých příznacích PN. Ačkoli to není léčba, která by se dala použít na každého pacienta, pomáhá zmírnění ztuhlosti, hypokineze a třesu (Cotton et al., 2012).

Patří do moderní metody léčby, ovlivňuje chorobně změněné funkce mozku působením elektrických impulzů z elektrod, které jsou zavedeny do centra pro řízení hybnosti, přímo do subthalamických jader. Generátory impulzů jsou umístěny pod kůží na hrudníku a elektrodami spojeny podkožními kabely (Vránová, 2006).

Tato metoda se využívá hlavně u pacientů v pokročilém stádiu onemocnění, u kterých dochází k těžkému stavu kolísání hybnosti a u mimovolných pohybů po lécích (Vránová, 2006).

Tato metoda se nevyužívá u lidí s poruchou paměti, myšlením nebo v akutní fázi deprese (EPDA, 2013).

Zákrok se provádí v místním znecitlivění nebo v krátké celkové anestezii, při které se nesmí podávat prostředek halotan ani jiné antipsychotium nebo neuroleptikum (Společnost Parkinson o. s., 2014).

2.1.4.3 Rehabilitační léčba

Pravidelná rehabilitační léčba u pacientů s PN je stejně důležitá jako pravidelné užívání léků (Roth et al., 2009).

Rehabilitace má své zastoupení ve všech fázích nemoci a musí se postupně přizpůsobovat měnícím se schopnostem jedince a medikaci. Hlavním cílem je zlepšení kvality života nemocného (Puršová, Roth, 2011).

Cvičení se rozděluje dle fází:

- *časná fáze* – pacienti v této fázi nemají žádné nebo jen minimální příznaky a při cvičení se zaměřujeme na kardiovaskulární, nervový a muskuloskeletární systém, na správné držení těla a dýchání (Příloha 4), (Puršová, Roth, 2011).
- *střední fáze* – v této fázi se již objevují další příznaky jako porušená stabilita chůze, riziko pádu aj. Cvičení je zaměřeno na vadné držení těla, flekční držení trupu a končetin, dýchání (Příloha 5), (Puršová, Roth, 2011).
- *pozdní fáze* – v této fázi se snažíme o udržení pohyblivosti pacienta, motivaci k pohybu a zapojujeme i rodinu (Puršová, Roth, 2011).

Do rehabilitace se zahrnuje i cvičení mimických svalů (Příloha 5), (Puršová, Roth, 2011).

2.1.4.4 Psychoterapeutická léčba

Depresivní porucha je čtvrtou nejčastější příčinou zátěží způsobenou jakýmkoli onemocněním a je významným zdrojem životního omezení (Pidrman, 2007).

K léčbě můžeme využít celou řadu antidepresiv (Serpram, Deprex, Zoloft, Fevarin), ale až po konzultaci s psychiatrem, který by měl být seznámen o průběhu onemocnění a dosavadní léčby. Dávka antidepresiv může být postupně zvyšována i bez velkého rizika vedlejších účinků (Růžička et al., 2000).

Součástí je i psychologická podpora, která by měla být při každém kontaktu lékaře s pacientem (EPDA, 2012).

PN je těžké onemocnění nervového systému a není zcela známa příčina onemocnění. Z toho vyplývá, že neexistuje zatím žádný léčebný postup, který by dokázal onemocnění úplně vyléčit. Zatím můžeme jen potlačovat příznaky onemocnění, které jsem uvedla v podkapitole léčba onemocnění (Menšíková et al., 2015).

2.1.5 Komplikace

Během léčby se mohou vyskytnout i pozdní komplikace, mezi které patří fluktuace a dyskineze (Roth et al., 2009).

Fluktuace

Fluktuace se rozděluje na wearing off, při kterém dochází ke zkracování efektu jednotlivých dávek léků a pacient již 30 minut před podáním další dávky pocítuje zhoršení chůze a na off stav, při kterém dojde k náhlému výpadku účinku (Roth et al., 2009).

Wearing off se projevuje zpomaleností, ztuhlostí, svalovými křečemi, nešikovností, třesem, poruchou řeči a polykání, únavou, úzkostí, neklidem aj. (Puršová, Roth, 2011).

Při off stavu dochází k velmi prudkému zhoršení stavu hybnosti a pacient během několika vteřin může ztuhnout, přestane se pohybovat, nebo se roztřeše. Při častých a opakovaných stavech je léčba velmi obtížná (Puršová, Roth, 2011).

Dyskineze

Dyskineze jsou mimovolné pohyby, které pacient nemůže ovládat, objevují se u 50 % pacientů po 5 letech terapie. Projevují se házivými, krouživými pohyby končetin, šíje, trupu a i mimického svalstva. Způsobují je léky, které pacient užíval. Ty mu sice normalizovaly stav, ale při jejich vrcholu účinku se začaly tyto projevy objevovat (Menšíková et al., 2015).

Všechny tyto komplikace se mohou zaznamenávat do Deníku stavu hybnosti (Příloha 1), (Společnost Parkinson o. s., 2014).

2.2 Ošetřovatelská péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou

Z poznatků o PN vyplývá, že bychom neměli podcenit žádné známky, které by nasvědčovaly tomuto onemocnění (Bonnet, 2012).

Jestliže se zdravotník setká s člověkem, který trpí PN, měl by se snažit mu zajistit co nejkvalitnější vyšetření a péči a přistupovat k němu s pochopením a s velkou dávkou

empatie. Každý člověk by měl mít naději v uzdravení a každá dobrá myšlenka může léčit (Bonnet, 2012).

2.2.1 *Potřeby pacienta a specifika ošetrovatelské péče*

Potřeby pacientů a ošetrovatelská péče o pacienty s PN jsou specifické a individuální (Macháčková et al., 2009).

V anglickém článku, který jsem použila, autorka uvádí pět klíčových bodů u PN. V prvním bodě se zmiňuje o multidisciplinární podpoře, která pomáhá nemocným lidem zůstat nezávislími. Ve druhém bodě se zaměřuje na striktní časový harmonogram při podávání léků, který zmírňuje PN. V bodě třetím se autorka zaměřuje na pomůcky, jež jsou specifické pro nemocné. Čtvrtý bod se zaměřuje na péči, která musí být zaměřena na potřeby podle zdravotního stavu nemocného a bod pátý je specifický pro servis paliativní péče nabízené jako podpora všem nemocným, ve všech stádiích onemocnění (Kernohan, 2011).

Při ošetrovatelské péči sestra vypracuje ošetrovatelskou anamnézu a udělá fyzikální vyšetření, v němž se zaměří na kosterně-svalový aparát, hlavu, krk a kůži a vše zaznamenává do tzv. Deníku stavu hybnosti (Příloha 6), (Slezáková, 2014).

Při sbírání anamnézy si sestra zaznamenává, jak dlouho přetrvávají potíže, zvláštnosti jejich vzniku, jiné vedlejší potíže, zhoršování pohybové obratnosti a hypokineze, problémy se vstáváním, otáčením se na lůžku, jiná onemocnění, úrazy, pády, sociální podmínky, v jaké domácnosti žije, jaké má aktivity a stravování (Slezáková, 2014).

Jelikož mají nemocní poruchu hybnosti a jejich krok je pomalý a šouravý, musíme odstranit všechny překážky, které by pacientovi dělaly problém se vyhnout, obejít nebo překročit (Schwarz, 2008).

Pacienty naučíme jak používat hrazdičku, která je zavěšena nad postelí pro snadnější vstávání nebo změnu polohy na lůžku (Bonnet, 2012).

Sestra by měla být pozitivní, trpělivá, empatická, měla by pacientovi dát dostatek času k vyjádření se, povzbuzovat k vlastní aktivitě a i v jiných činnostech, nedělat úkony za pacienta, dopomoci jen při aktivitě, kterou sám nezvládá. Podporovat pacienta k aktivitě při běžných denních činnostech. S pacientem by měla komunikovat, vše mu vysvětlit a měla by se podílet na socializaci klienta (Schwarz, 2008).

U pacientů se velice často vyskytují změny v psychice, která výrazně ovlivňuje jejich chování, trpí depresemi, strachem a úzkostí, mají narušený spánek, objevují se i poruchy řeč. Neradi o své chorobě mluví, někteří se nedokáží se svojí nemocí smířit (Anders et al., 2005).

Pacienti zapomínají, mají zhoršenou paměť, špatně se domlouvají na úřadech a v jiných zařízeních, také se vyskytuje snížená schopnost řídit auto (Schwarz, 2008).

Pokud se u pacientů vyskytují halucinace a přeludy, sestra by mu je neměla vyvracet a měla by se snažit převést řeč jinam. Je důležité, aby klientovy obtíže nebagatelizovala (Bonnet, 2012).

Při ošetrovatelské péči je důležitá i aktivizace pacienta a motivace pacienta k pohybu. Pomocí cvičení se zlepšuje síla, rovnováha a držení těla, pacienti si mohou při chůzi pomáhat např. tlesknutím. Fyzioterapeuti doporučují pohyb ve formě tance, kdy např. při tangu hudba zprostředkovává sluchové signály a taneční kroky fungují jako strategie pohybu (EPDA, 2012).

Je třeba najít vhodnou aktivitu pro pacienta a i pro jejich partnery, která pomůže udržovat nejen tělesnou kondici, ale může být i skvělou zábavou (např. golf, basketbal, stolní tenis, nebo rychlá chůze (EPDA, 2012).

Pokud je to možné, měl by každý pacient zůstat po dobu léčení v péči stejného zdravotního personálu a mít nárok na optimální dostupnou léčbu a na případný zákrok, který by byl pro pacienta vhodný, účinný a bezpečný (Bonnet, 2012).

Stravování

Vyvážená strava je důležitá pro každého jedince a ještě větší význam má správný způsob stravování u nemocných s PN. Je důležité zajistit optimální příjem energie a živin ve formě bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů, minerálních látek a vody. Správný dietní režim může být ovlivněn léčbou, která negativně působí na vstřebávání některých léků (Dostál, 2010).

Nejzávažnější poruchou výživy u PN je malnutrice, při které dochází ke zvýšení klidového metabolického obratu. I když jsou u této nemoci hlavními projevy třes, rigidita a hypokineze, která by měla způsobovat zvýšenou spotřebu energie, tak tomu ale podle

vědeckých výzkumů není. Někteří nemocní s těmito projevy jsou omezení v možnosti nakupování, přípravy jídla a stravování (Klempíř, 2013).

Poruchy hybnosti mají za následek i ztrátu zaměstnání a tím i nízký příjem, to u pacientů vede k nesprávné konzumaci potravin, které jsou z nutričního hlediska nevyhovující (Klempíř, 2013).

Pro nemocné jsou vyráběny speciální přístroje, nádobí a lahve na pití, aby byli schopni se bez většího omezení najíst a napít (Kernohan, 2011).

V pokročilém stádiu nemoci při poruše funkce jícnu, žaludku, střeva a polykání se může využívat sipping (Nutridrink, Fresubin, Ensure aj.), parenterální výživa a enterální výživa, při které se zavádí buď nasogastrická sonda anebo PEG (Klempíř, 2013).

Nejčastěji užívané ošetrovatelské diagnózy

Nejčastěji užívané ošetrovatelské diagnózy podle Marečkové (2006) u PN jsou:

- 00088 Zhoršená chůze v souvislosti se strachem z pádu s určujícími znaky: zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu, změny chůze, vzdálenost, pomalé šouravé kroky a zhoršený start s chybějící souhrou končetin
- 00051 Zhoršená verbální komunikace související s poškozením centrálního nervového systému projevující se porušenou mimikou, zhoršenou artikulací řeči, obtížným vyjadřováním.
- 00103 Porušené polykání související s postižením kraniálního nervu projevující se potížemi při polykání, kašláním, dušením, stagnací jídla v ústech.
- 00109 Deficit sebepéče při oblékání související s neuromuskulárním poškozením projevující se zhoršenou schopností obléci a svléci se, zvolit vhodné oblečení, obléci si ponožky.
- 00155 Riziko pádu související s poruchou chůze a rovnováhou.

2.2.2 Specifika podávání léků

Léky jsou podávány dle časového rozpisu, který určuje lékař. Časování jednotlivých dávek v průběhu dne je individuální podle trvání účinku a nemocný by měl vědět a mít poznamenané přesné hodiny, kdy má léky užívat (Macháčková et al., 2009).

Léky se nasazují postupně a dávky se zvyšují pomalu během několika týdnů až měsíců. Užívají se pravidelně 2-3 krát denně, nesmí se překročit dávka a nesmí se přemrštít kombinace více druhů léků. Jestliže pacient zapomene užít jednu dávku, nemá to závažné následky (EPDA, 2012).

Pacienti si vedou deník o stavu hybnosti, podle kterého lékař nastavuje a upravuje léčbu. Zaznamenávají si předpisy, názvy a dávky všech léků, které užívají, včetně léků bez předpisu a vitamínových doplňků (Schwarz, 2008).

Doporučuje se zapisovat si přehled symptomů, aby se mohlo sledovat, jak se nemocný cítil před a po nasazení léku, nové příznaky a vedlejší účinky léků (Schwarz, 2008).

Důležitá je dobře nastavená antiparkinsonická léčba (zejména zda jsou používány antagonisté dopaminu). Nelze jí však dosáhnout bez pečlivé kontroly stavu pacienta, která by se měla provádět hodinu po hodině a po dobu několika dnů (Kaňovský et al., 2006).

Při hospitalizaci na oddělení, kde se s PN zdravotní personál často nesetkává, by měl pacient uvědomit zdravotní personál na pravidelnost užívání léků a měl by být pacientovi podán lék na PN v přesnou hodinu, protože i patnáct minut zpoždění může znamenat pro parkinsonika velký rozdíl (EPDA, 2012).

Pacient by měl být poučen o lécích, které nesmí užívat při léčbě PN (Příloha 3), (Společnost Parkinson o. s., 2014).

U pacientů léčených s PN, jsou specifická podávání anestetik, při operacích se nedoporučuje celková anestezie, z důvodu delšího vysazení antiparkinsonik. Po domluvě s lékařem by měly být výkony prováděny v lokální nebo svodné anestezii (Příloha 2), (Společnost Parkinson o. s., 2014).

2.2.3 Edukace pacienta

Jen málo lidí je připraveno na diagnózu tak závažné nemoci a ve chvíli, kdy je pacientovi lékařem oznámena diagnóza PN, tak se mu navždy změní život. Je dobré, aby při podávání všech potřebných informací o nemoci byl přítomen i některý blízký příbuzný (Schwarz, 2008).

S přijetím diagnózy pacient rychle pochopí, že lékaři, lékárníci a veškerý zdravotnický personál se stane nedílnou součástí jejich života (Schwarz, 2008).

Jestliže pacient nebude se svým stávajícím lékařem spokojen, nebude ho naslouchat, mít k němu respekt a nebude ho vnímat jako normálního člověka a osobnost, má možnost si najít jiného lékaře. Jestliže je pacient spokojen se svým lékařem, výzkumy ukazují, že je pacient zdravější a spokojenější (Bonnet, 2012).

Pro holistický přístup k léčbě a zvládnání nemoci je nezbytné, aby zdravotní péči poskytovali lékaři specializující se na PN (EPDA, 2012).

Pacienta se snažíme motivovat k aktivnímu zapojení do léčby tím, že jim lékaři podávají průběžné informace o vývoji onemocnění, jak je může v budoucnu ovlivnit a tím zlepšit i kvalitu jejich života. Pacienti tímto přístupem získávají k lékaři důvěru (EPDA, 2012).

Lékaři by také měli pacientovi doporučit kluby a spolky, které jsou určeny pro nemocné s PN, viz kapitola Sdružení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou (EPDA, 2012).

Pacient by měl být edukován o všech příznacích a komplikacích, hlavně o riziku pádu, které se u onemocnění vyskytuje, a nabídnout poradenství s odborníky, kteří doporučí cvičení zlepšující sílu, koordinaci a kapacitu dechu pro snížení rizika pádu (Puršová, 2011).

Byt by měl být bez překážek, podlahy hladké, bez hrbolů a vyvýšenin, na podlaze by neměly být kusové koberce. Měly být odstraněny prahy mezi jednotlivými místnostmi, aby se lidé mohli pohybovat co nejvolněji a aby se cítili bezpečně (Puršová, 2011).

Při poruše řeči by měla být doporučena návštěva klinického logopeda (Zamišková et al., 2010).

Věci, které jsou používány každý den např. koření, léky, nádobí, ručníky aj., by měly být umístěny mezi pasem a výškou očí (Schwarz, 2008).

Pacienti by měli raději používat židle místo hlubokých křesel, z kterých se špatně vstává. Židle by měly být stabilní, s opěradly a měl by je mít pacient na takovém místě, kde se bude např. oblékat a obouvat (Puršová, 2011).

Odborníci také doporučují pomůcky pro lepší orientaci v prostoru (sledování určitých bodů), různé signalizace (vizuální a zvukové) pro zlepšení chůze, francouzské berle, chodítka nebo mechanický vozík (Schwarz, 2008).

Pokud bydlí pacient v domě, v němž jsou schody, doporučuje se opatřit zábradlí, schody pokrýt protiskluzovým materiálem a označit je barevně na přední straně pro lepší orientaci (EPDA, 2012).

Na toaletě a v koupelně by se měla nainstalovat madla, nástavec na WC. Ve vaně a sprchovém koutě by měly být protiskluzové podložky, případně i sedačka nebo stolička a umyvadlo by mělo být s pákovou baterií pro snadnější manipulaci (EPDA, 2013).

Pro pomoc při stravování se doporučují příbory se speciálním úchopem, hrnky s uchem, který umožňuje lepší úchop a se zavíráním, protiskluzovou podložku, speciálně tvarované talíře a brčka (Bonnet, 2012).

Při oblékání se doporučuje pomůcka na zapínání knoflíků, elastické nebo pružinové tkaničky, dlouhá lžice na obouvání a navlékač ponožek. Obuv by měla být vzdušná, měkká, pohodlná a pevná přes patu se zapínáním na suchý zip, nebo na „samoutahovací“ tkaničky. Doporučuje se nosit boty i doma (Puršová, 2011).

Domov by měl být zajištěn vypínači, které se nezapínají na otáčení, protože to je pro nemocné nejtěžší pohyb. Doporučuje se i tlumené osvětlení ložnice a WC, aby nemocní předešli pádům v noci při cestě na záchod (Puršová, 2011).

Postel by měla být polohovatelná a vysoko tak, aby chodidla byla pevně na zemi a s kvalitní a pevnou matrací (Puršová, 2011).

Důležité je dbát na svou emoční, intelektuální a psychickou pohodu. Doporučuje se udržovat si své stávající koníčky, anebo objevovat nové zájmy např. luštění křížovek a sudoku, které udržují intelektuální stránku člověka, nebo malování, sochařství, hraní na hudební nástroj, tanec, které zlepšují pohled nemocného na život s PN (Schwarz, 2008).

2.3 Sdružení pro pacienty s Parkinsonovou chorobou

V České republice je několik občanských sdružení, klubů parkinsoniků, které se vyskytují téměř v každém regionu (Schwarz, 2008).

Hlavní a nezastupitelnou úlohu má humanitární společnost PARKINSON, která byla založena v České republice před několika lety a je členem Evropské asociace společností pro PN. Vydává i svůj časopis PARKINSON (Růžička et al., 2000).

Zaměřují se hlavně na udržování pohybových i sociálních aktivit pacientů a poskytují informace a služby pro všechny lidi, kteří jsou nemocí postiženi. Můžou se sem přijít informovat i rodinní příslušníci nebo nejbližší přátelé nemocného (Schwarz, 2008).

Cílem těchto sdružení je poskytnutí co nejvíce důležitých informací, které se týkají nemoci. Poskytují advokacii, podporu a výcvik, který by měl vést k samostatnosti, a poskytují také pomoc v hledání služby v okolí, kde postižený bydlí, najmout a zřídit osobního asistenta a seznámit se s jinými lidmi, kteří jsou také postiženi PN (Schwarz, 2008).

Společnost získává peníze z darů, nadací a státních dotací od Ministerstva zdravotnictví ČR, kterými může hradit společné a vzdělávací akce a pomáhat při financování lékařského výzkumu (Růžička et al., 2000).

V klubu lze využít i nabídku skupinového cvičení, logopedii, plavání a zvýhodněných pobytů v lázních, nebo i jiných nabídek ubytování v přírodě (Schwarz, 2008).

Kontaktní adresa na společnost je: Sdružení PARKINSON, Volyňská 20, Praha 10, 100 00, webová adresa: www.spolecnost-parkinson.cz.

3 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tato bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou z pohledu pacienta a z pohledu zdravotní sestry.

Cíle práce

Cíl 1: Zjistit současný stav ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou.

Cíl 2: Zjistit, jaká jsou specifika v ošetřování pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak jsou saturovány potřeby pacientů s Parkinsonovou chorobou z pohledu pacientů?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou z pohledu všeobecných sester?

4 METODIKA

4.1 Metodika výzkumu

Ke zpracování výzkumné části bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů s pacienty s PN a se všeobecnými sestrami. Pro získání dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkum probíhal v březnu 2017 s pacienty s PN a se všeobecnými sestrami.

Před dotazováním s klienty byla telefonicky oslovena předsedkyně Klubu Parkinson České Budějovice, která rozhovory povolila. Pacienti byli předem telefonicky seznámeni s tématem bakalářské práce a její výzkumné části. Po souhlasu pacientů byly provedeny individuální rozhovory a předem s jejich schválením byly nahrávány na diktafon. Rozhovory byly vedeny podle předem připravených otázek (příloha 4).

Otázky rozhovorů byly zaměřeny na celkový průběh jejich onemocnění, na specifika u PN a na jejich smíření se s nemocí a změnou života, kterou jim PN způsobila.

Při dotazování se všeobecnými sestrami jsem předem podala žádost u hlavní sestry v Nemocnici České Budějovice a.s. Po jejím souhlasu byly osloveny sestry na neurologickém oddělení, které byly seznámeny s tématem bakalářské práce a po jejich souhlasu s možností provést s nimi rozhovor na toto téma jsme se domluvily, kdy bychom mohly rozhovory uskutečnit. Osloveny byly i sestry v neurologické soukromé ambulanci, které s rozhovory také souhlasily. Rozhovory byly vedeny podle předem připravených otázek (příloha 5) a nahrávány na diktafon.

Otázky rozhovorů byly zaměřeny na zkušenosti sester s pacienty s PN, na specifika ošetrovatelské péče, na možné problémy při ošetrování pacientů s PN a zda by i ony samy chtěly získávat více informací např. formou seminářů o PN.

Předem byli všichni dotazovaní seznámeni s anonymitou rozhovorů.

Získaná data jsem analyzovala metodou kódování v ruce, formou papír a tužka. Jednotlivé rozhovory, které byly nahrávány, byly po jejich odposlechu přepsány a data byla analyzována do jednotlivých kategorií a podkategorií, jak uvádí ve své knize Švaříček a Šedová (2016).

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří osm klientů s Parkinsonovou chorobou, kteří jsou členy Klubu Parkinson České Budějovice.

Všichni klienti byli seniorského věku. Doba, po kterou mají chorobu, je od 2 do 20 let.

Klienti i přesto, že mají více zkušeností s rozhovory, byli ochotní, lehce nervózní, ale na všechny otázky reagovali bez problémů.

Výzkumný soubor všeobecných sester tvořily ženy. Osm dotazovaných sester bylo z neurologického oddělení lůžkové části a dvě dotazované sestry byly ze soukromé neurologické ambulance. Sestry byly různého věku a různého dosaženého nejvyššího vzdělání viz Tabulka 2. Všechny oslovené všeobecné sestry byly ochotné a s rozhovory souhlasily.

Tabulka 1 - Identifikační údaje klientů léčených s PN

Klient	Pohlaví	Věk	Doba trvání PN	Zaměstnání
K1	Muž	74	10 let	SD - učitel chemie a fyziky
K2	Muž	65	8 let	SD - řidič autobusu
K3	Muž	67	5 let	SD - učitel a lyž. instruktor
K4	Žena	73	2 roky	SD - prodavačka
K5	Žena	72	15 let	SD - učitelka na ZŠ
K6	Žena	73	přes 20 let	SD - učitel
K7	Žena	69	5 let	SD - sekretářka
K8	Muž	65	7 let	SD - zedník

Tabulka 1 uvádí, že bylo osloveno 8 klientů s PN. Z toho byli 4 muži a 4 ženy. Nejmladšímu klientovi je 65 let a nejstaršímu 74 let. Nejkratší dobou léčení s onemocněním jsou 2 roky a nejdelší přes 20 let. Všichni klienti jsou nyní ve starobním důchodu.

Tabulka 2 - Identifikační údaje všeobecných sester.

Sestra	Věk	Oddělení	Nejvyšší vzdělání	Délka praxe
S1	28 let	Neurologie Lůžka	VOŠ - diplomovaná sestra	5 let
S2	25 let	Neurologie Lůžka	VŠ - Bc.	2,5 roku
S3	24 let	Neurologie Lůžka	VOŠ - diplomovaná sestra	1 rok
S4	31 let	Neurologie Lůžka	VŠ - Bc.	14 let
S5	30 let	Neurologie Lůžka	VOŠ - diplomovaná sestra	4 roky
S6	59 let	Neurologie Lůžka	VŠ - Mgr.	39 let
S7	37 let	Neurologie Ambulance	SZŠ + ARIP	19 let
S8	40 let	Neurologie Lůžka	VŠ - Bc.	18 let
S9	32 let	Neurologie Lůžka	SZŠ - všeobecná sestra	10 let
S10	50 let	Neurologie Ambulance	VŠ - Mgr.	27 let

Tabulka 2 uvádí, že bylo osloveno 10 všeobecných sester, 8 z nich pracuje na neurologickém oddělení lůžkové části a 2 z nich v soukromé neurologické ambulanci. Dvě sestry mají SZŠ – registrovaná všeobecná sestra, a z toho jedna má specializaci na ARIP, tři sestry mají VOŠ- diplomovaná sestra, tři sestry mají VŠ – bakalářské studium a dvě sestry mají VŠ – magisterské studium. Nejkratší doba praxe je 1 rok a nejdelší je 39 let.

5 VÝSLEDKY

V této kapitole se zaměřujeme na vyhodnocení výsledků z výzkumného šetření. Vše je uspořádáno do přehledných schémat, která jsou tvořena kategoriemi a následně jejich podkategoriemi, jež vznikly po důkladné analýze rozhovoru s klienty s PN a se všeobecnými sestrami, které pracují na neurologickém oddělení.

5.1 Analýza rozhovorů s klienty

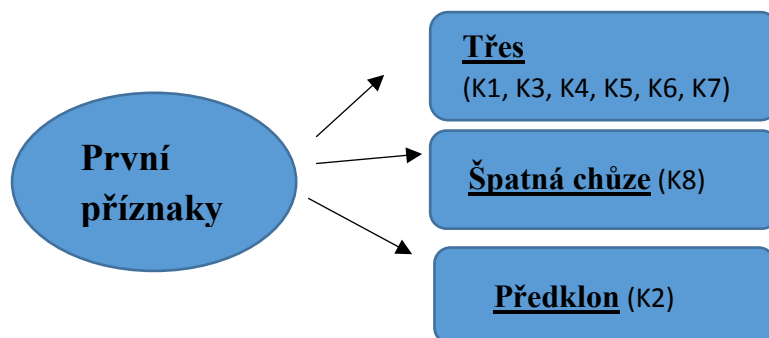
5.1.1 Kategorie 1 - Jak dlouho má klient PN – průběh onemocnění

Kategorie 1 je zaměřena na celkový průběh onemocnění u klientů s PN. Délka a průběh onemocnění je rozdílný, a proto byla po hlubší analýze kategorie rozdělena na dvě další podkategorie.

- První příznaky nemoci
- Sdělení diagnózy klientovi

5.1.1.1 Podkategorie – První příznaky nemoci

Schéma 1 – První příznaky nemoci



V první podkategorii První příznaky nemoci u klientů s PN jsme se zaměřili na dobu léčení nemoci, příznaky, které dovedly klienta k lékaři.

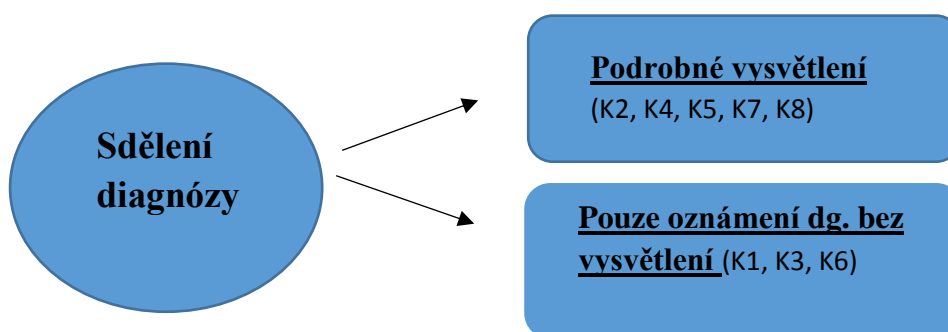
Většina dotazovaných klientů (K1, K3, K4, K5, K6, K7) se shodují, že prvním z příznaků, které na sobě začaly pozorovat, byl třes pravé nebo levé ruky. Klientka K4 uvádí: „Nemohla jsem se podepsat, psát písmenka do křížovek a napít se...bála jsem se,

že to vylíží.“ Klientka K5 uvádí: „U mě se objevil jako první třes pravé ruky, po měsíci co jsem navštívila lékaře a nasadil mi léky, třes ruky se mi 10 let neobjevil.“

Klienti (K2, K8) uvedli, že jako první příznak se u nich objevila špatná chůze v předklonu, která jim velice vadila při zaměstnání. Klient K2 pracoval jako řidič autobusu a řídit v předklonu mu opravdu dělalo velké problémy. Klient K8 pracoval jako zedník a uvádí: „Lézt po lešení, zvedat cihly a podávat potřebný materiál mi začalo dělat velké potíže, protože jsem se nemohl narovnat a z práce jsem se cítil velmi unavený.“

5.1.1.2 Podkategorie – Sdělení diagnózy klientovi

Schéma 2 – Sdělení diagnózy klientovi



V podkategorii Sdělení diagnózy klientovi byli klienti dotazováni, jakým způsobem a za jak dlouho jim lékař stanovil diagnózu. Většina dotazovaných (K2, K4, K5, K7, K8) měla velice dobrou první zkušenost s neurologem a diagnóza jim byla stanovena ihned při první návštěvě. Vše jim bylo dopodrobna vysvětleno a nasazena první léčba. Klient K2 uvádí: „Než jsem šel k lékaři, tak jsem předem tušil, že to něco takového bude, protože jsem shodou okolností byl objednan na oční vyšetření a naproti přes chodbu měl ordinaci neurolog. Na tabuli vedle dveří jsem si přečetl leták, který tam měl vyvěšený a říkal jsem si...ty jo, to mi něco říká, snad to nebude můj případ, bránil jsem se tomu. Při následné návštěvě neurologa to na mě poznal doslova přes celou chodbu, vše mi vysvětlil, nasadil léčbu, ale ani po 8 letech jsem se s nemocí nesmířil. Nemluvím o ní, nejsem s ní kamarád.“ Klientka K7 uvádí: „Lékař byl velice milý a ochotný, ale já z toho byla docela překvapená, nechtěla jsem si nemoc připustit, ale postupem času mi nic jiného nezbyvalo.“

S opačným přístupem lékaře se setkali klienti (K1, K3, K6), kdy jim při první návštěvě byla oznámena pouze diagnóza a nasazena léčba. Většinu dalších informací si museli vyhledat v odborné literatuře. Klient K3 uvádí: „*Lékař mi diagnózu sdělil ihned, nasadil léky a řekl mi, že mám smůlu, že jsem to zdědil. Léky mi ale moc nezabíraly, stav se zhoršil, nemohl jsem ani chodit, byl jsem ohnutý a ztuhlý. Děti řekly, že to takhle nemůžou nechat a objednaly mě v Praze do extrapyramidového centra. Tam asi po dvouhodinovém vyšetření lékařka řekla, že když se trefíme do léků, tak máme vyhráno. Při postupné změně a kombinaci léků, u kterých jsem začínal na 2 mg a končil na 24 mg tohoto silného léku, tak jsem se vrátil zpátky do života.*“ Klient K6, jenž také nemá moc dobré zkušenosti s první návštěvou, uvádí: „*Normálně mi řekl, že mám Parkinsona, ale nic mi nevysvětlil.*“

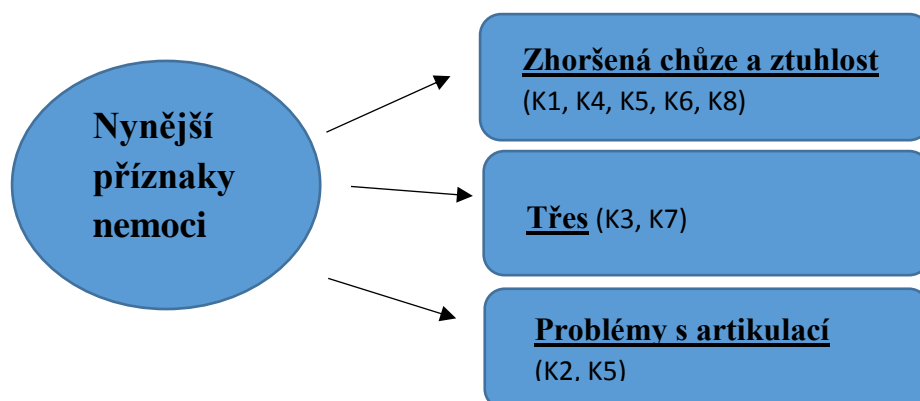
5.1.2 Kategorie 2 – Současný stav

Ve druhé kategorii Současný stav jsme se zaměřili na nynější stav klientů s PN. Pro hlubší analýzu jsme tuto kategorii rozdělili ještě na tři podkategorie.

- Nynější příznaky nemoci
- Pravidelnost užívání léků
- Činnosti, které PN omezuje

5.1.2.1 Podkategorie – Nynější příznaky nemoci

Schéma 3 – Nynější příznaky nemoci



Většina klientů (K1, K4, K5, K6, K8) v této podkategorii uvedla jako příznak, který se u nich nejčastěji objevuje, zhoršenou chůzi a ztuhlost. Klient K1 uvádí: „*Ráno se cítím, jako bych skládal celou noc uhlí.*“ Klientka K6 občas k chůzi používá hůl, uvádí: „*Ráno*

nevíte, jestli dojdete támhle nebo támhle, je to den ode dne...je den, kdy můžete někam dál jít, ale sama už se bojím, stává se mi, že mám špatnou stabilitu, a proto mě většinou doprovází snacha.“ Klientka K4 uvádí: „Občas se mi stane, že cupitám a nemůžu zastavit, zastavím se až o někoho, nebo o něco.“ Zhoršená chůze a ztuhlost klienta je jeden z nejčastějších projevů u PN. Podle chůze a jejich typického cupitání se dá i běžně na ulici poznat člověka trpícího PN. Někdy si ale ostatní lidé myslí o dotyčném, že je opilý, protože ztrácí orientaci a stabilitu při chůzi. Tento případ uvedla i dotazovaná klienta K5 „Jednou se mi stalo, že jsem ztratila pevnou půdu pod nohama a na ulici jsem se motala a jeden mladý muž se mi posmíval, že jsem opilá.“

Klienti (K3, K7) uvádí, jako nejčastější projev onemocnění třes rukou. Klient K7 uvádí: *„Když mám horší den, občas se mi třese pravá ruka...můžu psát tiskacím písmem, to psaní je horší.“* Klient K3 uvádí: *„Po prvním nasazení léků se mi nemoc ještě více zhoršila, nemohl jsem skoro chodit, byl jsem ztuhlý a předkloněný. Po následné postupné kombinaci léků se moje nemoc projevuje jen třesem...když jsem nervózní, naštvaný, nebo když koukám na sportovní zápas, napínavý film v televizi, tak se mi začne třást ruka...pomáhá mi mačkání míčku.“*

Jako dalším nejčastějším příznakem pacienti uvádí špatnou artikulaci, se kterou souvisí zhoršená výslovnost, zadrhávání a nemožnost se vyjádřit. Tento příznak uvedli (K2, K5), klient K2 uvádí: *„S nemocí se léčím 8 let a postupně se mi řeč zhoršila, mám stavy, kdy ze sebe nemůžu vymáčkout ani slovo.“* Klientka K5 uvedla, že se jí výslovnost a vyjadřování zhoršuje v odpoledních hodinách.

5.1.2.2 Podkategorie – Pravidelnost užívání léků

V podkategorii Pravidelnost užívání léků jsme se zaměřili na to, zda klienti dodržují pravidelné dávkování předepsaných léků. Tuto podkategorii jsme rozdělili na: pravidelně užívají a na občasné zapomenutí. Z dotazovaných nám vyšlo, že polovina klientů léky užívá opravdu pravidelně a za celou dobu nemoci se jim nestalo, že by léky zapomněli užít. Po nasazení léčby si museli zvyknout na pravidelný časový harmonogram, který jim lékař určil a přizpůsobit se tomu. Většina klientů uvedla, že léky musí nosit u sebe, protože při užívání např. jednoho léku 5x denně by nemohli ani jít nikam ven, anebo jet na výlet.

V první části jsme vyhodnotili výsledky u pravidelnosti užívání léků, kde odpověděli klienti (K3, K4, K7, K8). Klientka K4, která se s nemocí léčí 2 roky, si na pravidelnost zvykla, uvádí, že je jí velkou pomocí a oporou její manžel „*Manžel mi v mobilu nastavuje upozínky, abych na léky nezapomněla, ale většinou si vzpomenu sama.*“ Klientka K7 uvádí: „*Léky jsem se naučila užívat opravdu pravidelně, každý týden si je připravuji do pořadače na léky.*“

Klienti (K1, K2, K5, K6) uvedli, že se jim občas stalo léky neužít. Klient K2 uvedl, že při cestě do Prahy si zapomněl léky vzít s sebou, ale nijak se to u něj neprojevalo. Klientka K6 zase uvádí: „*Ono vás to donutí a samo upozorní, že nemáte léky, že si je musíte vzít, protože nemůžete normálně fungovat...většinou se to projevilo ztuhlostí těla.*“ Klientka K5 uvádí: „*Za celou dobu se mi to stalo asi dvakrát, dříve se to neprojevalo nijak, ale nyní by se to projevilo mimovolnými pohyby, které jsou velice vysilující.*“

5.1.2.3 Podkategorie – Činnosti, které PN omezuje

V této podkategorii, jsme se zaměřili na činnosti, ve kterých jsou klienti díky PN omezeni. Nejvíce se klienti zmiňovali o obtížích spojené s jídlem a pitím (K1, K5, K8). Klient K8 uvádí: „*Občas mám dny, že nemůžu z talíře nabrat polévku.*“ Klienti (K6, K7) odpověděli, že největší problémy jim dělá vaření a uklízení. Klientka K6 uvádí: „*Když mě postihne útlum, neudělám nic, nemůžu dýchat, stát u toho a hýbat se...je to prostě na houby.*“

Ostatní klienti (K2, K3, K4) uvedli, že největší problém mají při psaní. Klientka K4 uvádí: „*Dělá mi problémy psaní, v té chvíli se nemůžu ani podepsat, ale každý den je jiný, jednou se mi to povede lépe, jindy zase ne.*“

5.1.3 Kategorie 3 – Zkušenost s hospitalizací a ošetřujícím lékařem

V této kategorii byli respondenti dotazováni, zda byli spokojeni s péčí při hospitalizaci, dodržování pravidelnosti podávání antiparkinsonik a zda byli dostatečně informováni o nemoci.

Tato kategorie vychází z cíle 1 a pro lepší analýzu jsme ji rozdělili na další tři podkategorie:

- Podávání léků k PN
- Specifika péče
- Edukace pacienta

5.1.3.1 Podkategorie – Podávání léků k PN

V této podkategorii uvedli klienti (K1, K2, K3, K5, K7, K8), že po domluvě na oddělení s lékařem a všeobecnými sestrami si mohli léky na PN ponechat u sebe a užívat podle svých zvyklostí.

Klientky (K4, K6) měly zkušenost opačnou. K4, která byla hospitalizována na chirurgii, uvádí: „*Léky mi dávali oni, podle toho, jak jsem jim dala svůj rozpis a opravdu dodržovali pravidelnost.*“ Klientka K6 uvádí: „*Já jsem měla svoje léky, ale oni si je vždycky sehnali a řekli, že mi budou dávat ty jejich sami, ať si ty svoje schová. Dala jsem jim rozpis a léky jsem dostávala přesně, jak jsem byla zvyklá.*“

5.1.3.2 Podkategorie – Specifika péče

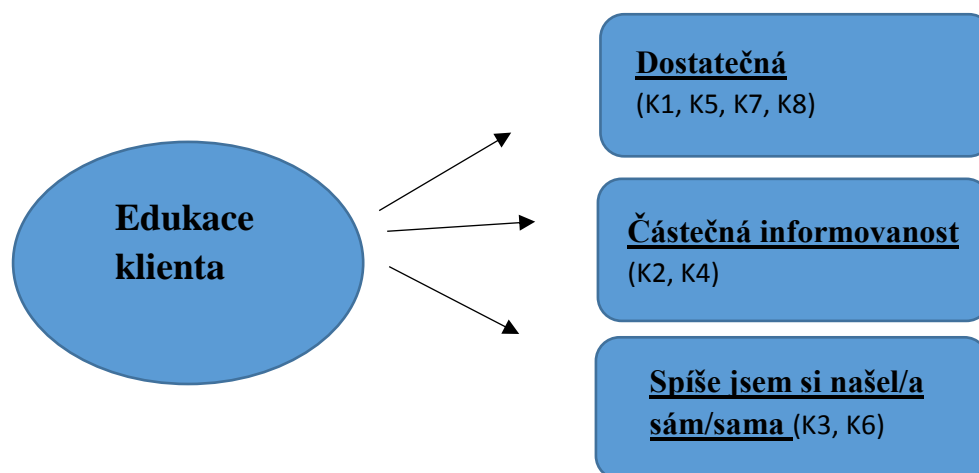
V této podkategorii jsme se zaměřili na specifika ošetrovatelské péče o klienty. Názory klientů se shodovaly hlavně na nutném pravidelném užívání léků, bez kterého se neobejde žádný nemocný, a na poznatku, že pro každého jsou léky časově naordinovány jinak.

Klienti (K2, K7) uvádí, že i při pravidelném užívání léku je pro nemocné každý den jiný. Klientka K7 uvádí: „*Nejhorší je, že jeden den si něco domluvíte, a když se druhý den vzbudíte a zjistíte, že se nemůžete pohnout, tak musíte vše zrušit.*“ Klient K1 uvedl, že by se lékaři měli více zaměřit na novější léky, více se specializovat na PN např. formou konferencí a seminářů.

Klienti (K5, K8) se shodli, že pro PN je typická zpomalenost, a proto by se na ně nemělo chvátat, nechat je dělat věci s rozvahou a v klidu, aby nebyli pod větším tlakem a vystavováni tak psychickému stresu.

5.1.3.3 Podkategorie – Edukace klienta

Schéma 4 – Edukace klienta



V podkategorii Edukace klienta, jsme se zaměřili na spokojenost klientů s podáváním informací o možných příznacích nemoci, které se mohou objevit, zda dostávají informace o existujících spolcích parkinsoniků.

Po důkladném dotazování klientů a následné analýze jsme zjistili, že klienti (K1, K5, K7, K8) uvádí, že byli dostatečně informováni od svého lékaře o jejich nemoci a K5, K7 uvádí, že jim lékař poskytl informativní letáčky o nemoci a o klubu, který existuje v několika městech České republiky.

Klienti (K2, K4) se shodli, že od lékaře nezískali všechny informace. K4 uvádí: „*V momentě, když se na něco zeptám, tak mi to vysvětlí.*“

Klienti (K3, K6) uvedli, že získali základní informace o nemoci a ostatní si museli najít na internetu. Klientka K6 uvádí: „*Za těch 20 let máme tolik informací, že už víme co a jak. Hodně jsem si přečetla a jezdili jsme na přednášky v Praze do extrapyramidového centra, kde jsme se dozvěděli více informací, což bylo fajn.*“

5.1.4 Kategorie 4 – Běžný život s PN

Kategorie 4 Běžný život s PN je zaměřena na klientovu změnu stylu dosavadního běžného i společenského života, jaké aktivity jim nemoc dovoluje, jaké využívá možnosti léčby a zda navštěvuje spolek pro parkinsoniky.

Pro lepší analýzu jsme tuto kategorii rozdělili na dvě podkategorie:

- Omezení běžného života
- Ostatní léčba

5.1.4.1 Podkategorie – Omezení běžného života

Všichni dotazovaní klienti uvedli, že kvůli nemoci museli změnit svůj dosavadní život a své oblíbené koníčky a zájmy, které do té doby měly.

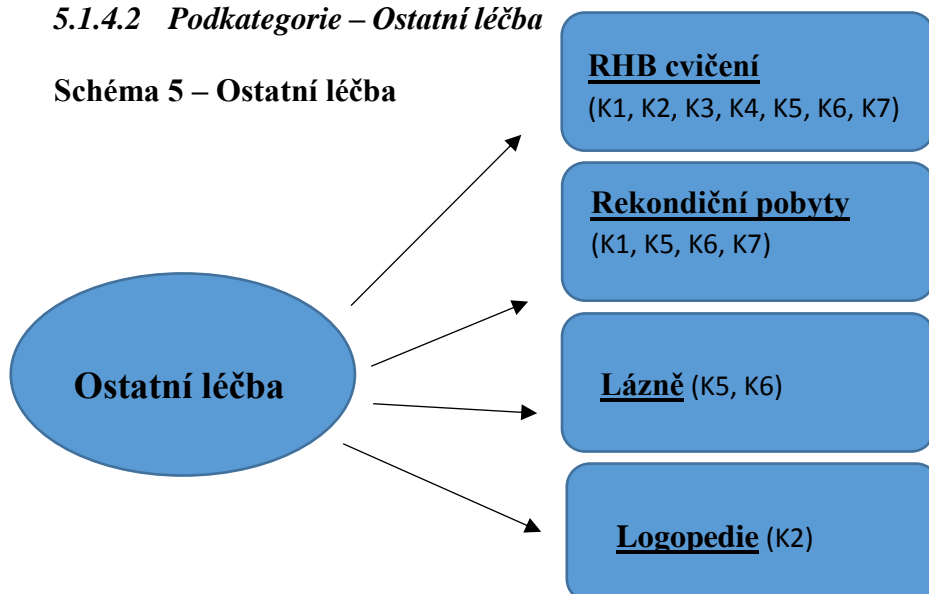
Klienti (K1, K2, K3, K8) se shodli na tom, že je nejvíce nemoc omezila v zaměstnání a volnočasových aktivitách. Klient K2 uvádí: „*Nemoc mi převrátila život naruby.*“ Klient K8 byl aktivním člověkem, rád jezdil na kole a musel přestat, protože mu to jeho zdravotní stav nedovolil. Klient K1 uvádí: „*Mám rád chůzi a výlety do přírody, ale občas si připadám, jako by mi došel benzín.*“ Klient K3 uvádí: „*Na začátku onemocnění jsem vypadal strašně, žil jsem úplně jinak, hodně jsem sportoval, byl jsem lyžařský instruktor... to jsem potom musel úplně přestat dělat, protože jsem se nemohl obout do lyžáků ani rukavic, ale letos jsem byl zase poprvé lyžovat.*“

Klientka K7 měla velké problémy s řečí, což jí dělalo problémy při jakékoli činnosti. Klientka K6 uvádí: „*Musíte se podřizovat tomu, co můžete a co ne, ale do posledních pár let jsem mohla dělat všechno.*“

Klienti (K1, K2, K4, K7, K8) se snaží, když jim to zdravotní stav dovolí, chodit do divadla nebo na koncerty.

5.1.4.2 Podkategorie – Ostatní léčba

Schéma 5 – Ostatní léčba



Všichni dotazovaní klienti dochází na skupinové rehabilitační cvičení, které mají možnost využívat 1x týdně, nebo jak jim zdravotní stav dovolí.

Klientka K5 uvádí: „*Snažím se chodit pravidelně, ale někdy mi to tělo nedovolí.*“

Klientka K4 uvádí: „*Snažím se chodit pravidelně, manžel mě hodně podporuje a vždy když přijdu domů, musím mu nějaké cviky ukázat...snaží se mi vyhledávat i jiné cviky na internetu a pak doma cvičí se mnou.*“

Další velmi využívanou léčbou jsou rekondiční pobyty, které se většinou odehrávají na Šumavě, a organizuje je Společnost Parkinson. Tuto možnost využívá (K1, K5, K6, K7). Klientka K6 uvádí: „*Rekondiční pobyty jsou dobré na psychiku, setkávají se tam s ostatními nemocnými, popovídají si mezi sebou a to jim hodně pomůže.*“ Pobyt jsou zaměřeny na cvičení, chůzi a logopedii.

Při rozhovorech jsme zjistili, že dříve měli lidé nárok na lázně jednou za život, ale to se změnilo a nyní mají nárok na lázně 1x za 2 roky. Do lázní jezdí klientka (K5, K6). Klientka K5 uvádí: „*Lázně mi velice pomáhají a vždy se již po týdnu cítím jako znovuzrozená.*“

V průběhu roku využívá logopedii klient (K2), která mu pomáhá a zlepšuje vyjadřování a artikulaci.

5.2 Analýza rozhovorů se všeobecnými sestrami

5.2.1 Kategorie 5 – Zkušenosti s klienty

Kategorie 5 *Zkušenosti s klienty* je zaměřena na zkušenosti všeobecných sester s klienty s PN na to, jak mohou aktivizovat, povzbuzovat a socializovat takového pacienta při hospitalizaci. Pro lepší analýzu jsme tuto kategorii rozdělili na tři podkategorie:

- Péče o klienty
- Aktivizace, socializace a povzbuzení klienta

5.2.1.1 Podkategorie – Péče o klienty

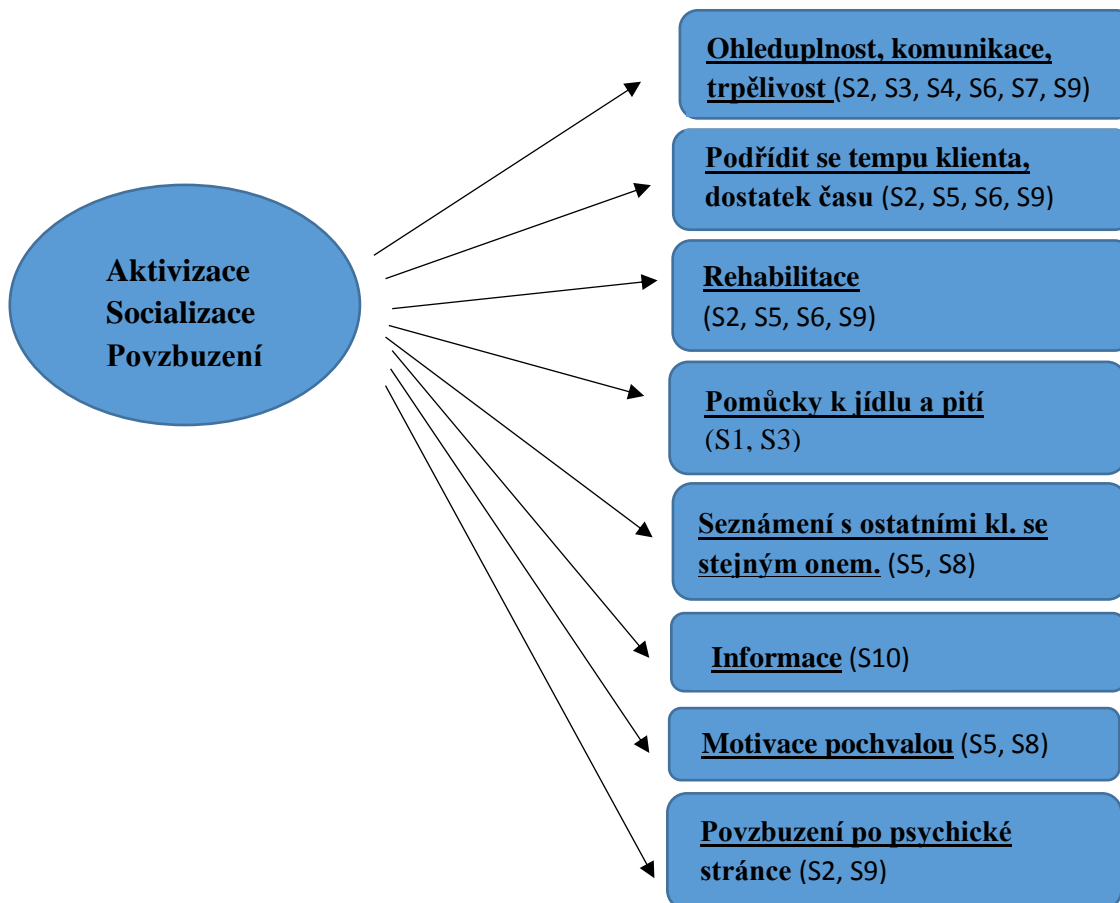
Jelikož všechny dotazované sestry pracují na neurologickém oddělení, buď na lůžkové, nebo ambulantní části, mají již s klienty s PN zkušenosti. Při dotazování, zda pracují stále na neurologickém oddělení, nebo jestli předtím pracovaly a setkaly se i s klienty s PN

na jiném oddělení, odpověděla sestra S3: „*Ano pracuji celou dobu na neurologickém oddělení, ale s pacienty jsem se již setkala dříve v rámci praxe při studiu v domově důchodců.*“ Sestra S8 uvádí: „*Moje praxe je 18 let, z toho 10 let pracuji na neurologii. Dříve jsem pracovala na psychiatrické ambulanci a tam jsem se setkávala s parkinsoniky víc než na neurologii.*“ A sestra S10 uvádí: „*Dříve jsem pracovala jako porodní asistentka a poté jako laborantka EEG a EMG. Během této praxe jsem se s parkinsoniky neseťkávala.*“ Pro shrnutí uvádíme, že dotazované sestry (S2, S3) pracují celou dobu na neurologii, sestry (S1, S4, S5, S6, S10) uvedly, že se na předchozím oddělení s parkinsoniky vůbec neseťkaly a sestry (S7, S8, S9) se při práci na předchozím oddělení s klienty s PN setkaly občas.

Sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9) uvedly, že se u nich na oddělení setkávají s parkinsoniky přibližně 1x za 2 měsíce. Sestra S7 uvedla, že v jejich ambulanci mají registrovaných 15 klientů s PN a sestra S10 uvádí: „*V naší ordinaci máme registrováno asi 20 pacientů s touto diagnózou.*“

5.2.1.2 Podkategorie – Aktivizace, socializace a povzbuzení pacienta

Schéma 6 – Aktivizace, socializace a povzbuzení pacienta



Většina dotazovaných sester (S2, S3, S4, S6, S7, S9) se shodla, že v rámci socializace klienta s PN je důležitá ohleduplnost, trpělivost a komunikace s klientem. Sestra S4 uvádí: „*Vím, že pacienti s PN nemají každý den stejný jako ten předchozí, mohou se cítit hůře anebo lépe. Nebudeme proto ráno pacienta nutit rychle z postele, když nám řekne, že nemůže a budeme to tolerovat.*“ Sestra S7 uvádí: „*K pacientovi musíme přistupovat ohleduplně, abychom nevyvolávali nejistotu a obavy z hospitalizace.*“

Sestry (S2, S5, S6, S9) také uvedly důležitost podřídít se klientovu tempu, protože ví, že jejich pohyby, vyjádření a úkony mohou pacientovi déle trvat a je dobré dát mu dostatek času k uspokojení bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Sestra S9 uvádí: „*Nemít na pacienta přehnané nároky, chtít jen to, co ten dotyčný zvládne a netlačit na něj.*“

Důležité pro aktivizaci je rehabilitace, kterou uvedly sestry (S2, S3, S7, S9). Sestra S2 uvádí: „*My tady máme fyzioterapeuty, kteří mají specifické individuální cvičení. Pro tyto pacienty je cvičení ušité přímo na míru.*“ Rehabilitace je pro klienty důležitá, odreagují se u toho a přijdou na jiné myšlenky a mají pocit, že pro své ztuhlé tělo něco udělali.

Při hospitalizaci jsou klientům nabídnuty pomůcky k jídlu a pití (S1, S3). Sestra S1 uvádí: „*To jsou takové ty praktické věci, jako že jim nedám skleničku s pitím, ale dám jim lahev na pití, která je určená přímo pro parkinsoniky a pacienti to nevylijí. Když bych jim dala skleničku, mohla bych je uvést do rozpaků.*“

Sestry (S5, S8) se shodly na důležitosti seznámit a začlenit klienta mezi nejen stejně nemocné klienty.

Sestra S10 uvádí: „*Co nejlepší a několikrát opakovaná informovanost nejen pacienta, ale i jeho rodiny a okolí. Začlenění pacienta do nějakého klubu.*“

Dalším povzbuzením a aktivizací, které klientovi může dodat trochu více sebedůvěry je motivace pochvalou, kterou uvedly sestry (S5, S87). Sestra S8 uvádí: „*Je dobré pacienta chválit, že je dnes pěkně oblečený, jak si umí zapnout knoflík atd.*“

Jestli chceme správně klienta aktivizovat a socializovat, je velmi důležité povzbudit ho po psychické stránce (S2, S9). Sestra S9 uvádí: „*Povzbuzovat pacienta po psychické stránce si myslím, že je kolikrát víc než všechno ostatní a pacient tím získá důvěru v nás a v léčbu.*“

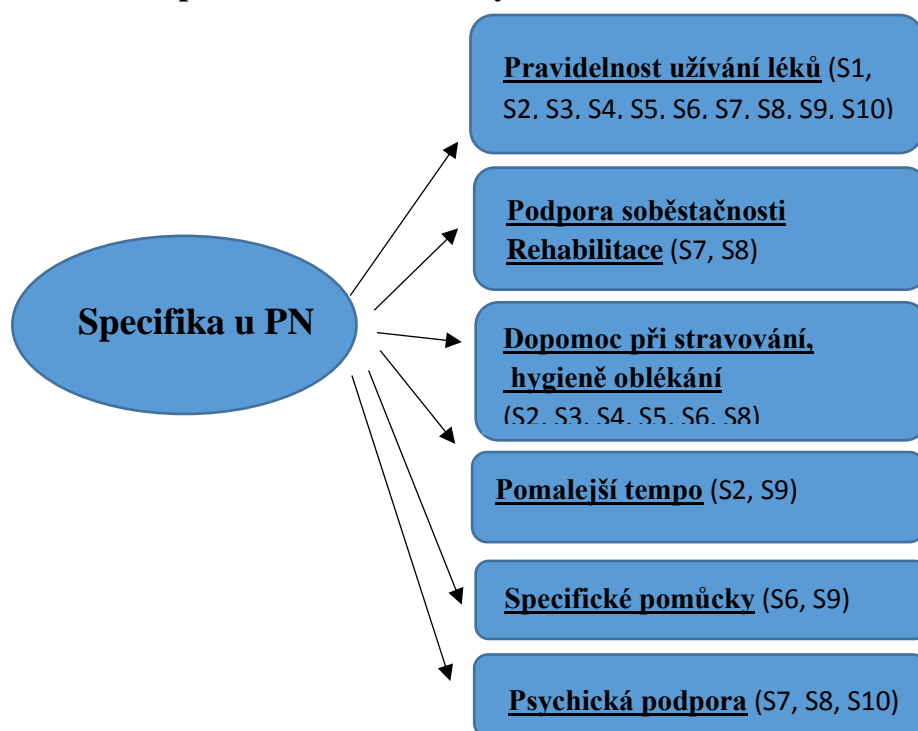
5.2.2 Kategorie 6 – Specifika ošetrovatelské péče

V kategorii 6 Specifika ošetrovatelské péče jsme se zaměřili na znalost specifik PN u všeobecných sester, které jsou spojeny s podáváním antiparkinsonik, na čas, který mají při ošetřování klientů s PN a na ošetrovatelské problémy spojené s PN. Tato kategorie vychází z cíle 2. Pro lepší analýzu jsem kategorii rozdělila na další tři podkategorie:

- Specifika u Parkinsonovy nemoci
- Dostatek času na péči
- Ošetrovatelské problémy

5.2.2.1 Podkategorie – Specifika u Parkinsonovy nemoci

Schéma 7 – Specifika u Parkinsonovy nemoci



Tato podkategorie je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče. Všechny dotazované sestry odpověděly, že je nejdůležitější pravidelnost podávání léků. Sestra S8 uvádí: „Většinou bývá na oddělení jediný parkinsonik, vypíšeme si lísteček, dáme ho na viditelné místo třeba na nástěнку a vždy dodržujeme pravidelné podání léků.“ Sestra S2 uvádí: „My máme některé nafasované léky a ty jim dáváme. Pokud mají specifické, které my nemáme, tak si je od nich vezmeme a podáváme jim je sami. Tady se na to lpí, nechceme, aby si pacienti léky užívali sami.“

Sestry (S7, S8) uvedly, že je důležitá podpora v soběstačnosti a rehabilitace a v pokročilém stádiu zajistit dostatečnou pomoc o hygienu, stravování a oblékání, jak uvedly (S2, S3, S4, S5, S6, S8). S8 uvádí: *„Důležitá je dopomoc v soběstačnosti a v pokročilém stadiu zajistit pomoc při uspokojování biologických potřeb.“* Podle sester (S2, S9) je důležité podřídít se pomalejšímu tempu, který je pro klienty specifický. S9 uvádí: *„Důležité je podřídít se tempu, myslím si, že když na ně budu chvátat, aby to rychle snědli, tak budou nervózní, začnou se jim klepat ruce a vzbudím v nich nejistotu a raději jíst nebudou.“* Sestry (S6, S9) uvedly, že by klientům doporučily specifické pomůcky k usnadnění např. stravování. S6 uvádí: *„Já osobně bych jim nedávala příbor, ale jen lžiči.“* S9 uvádí: *„Používat pomůcky přizpůsobené pro parkinsoniky, jako jsou lahve na pití a speciální příbor.“*

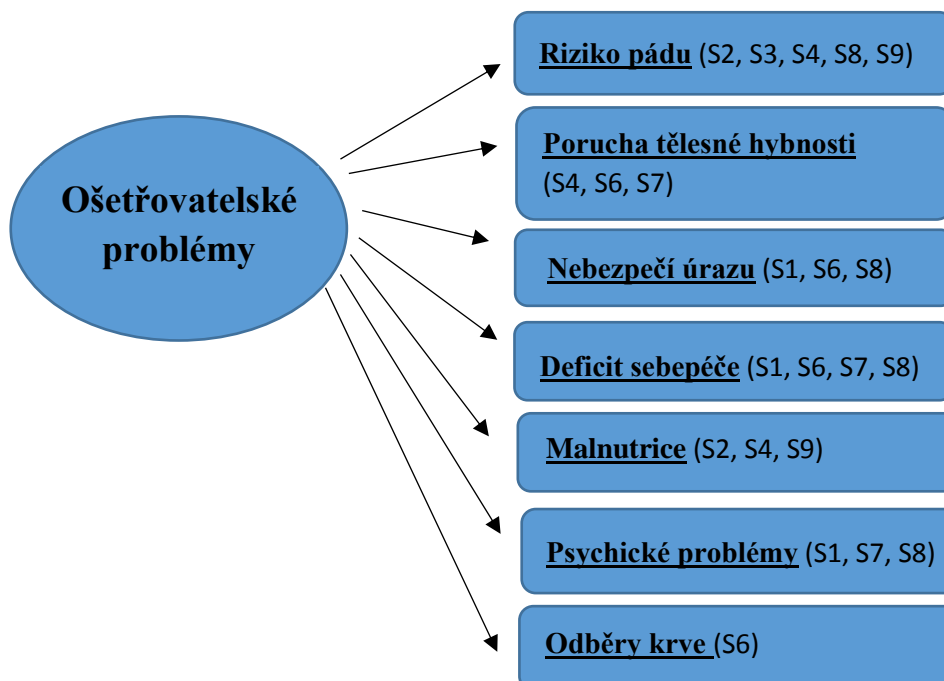
Důležitá je pro klienty psychická podpora od zdravotnického personálu, jak uvedly (S7, S8, S10). S8 uvádí: *„Měly bychom být tolerantní, ohleduplné k pacientům a chápat, že jejich nemoc jim způsobuje i velké psychické problémy.“*

5.2.2.2 Podkategorie – Dostatek času na péči

V této podkategorii jsme se zaměřili na dostatek času na klienty při jejich ošetřování. Na tuto otázku mi odpověděly sestry (S1, S2, S3, S5, S7) „ne“ a více se nevyjadřovaly. Sestra S10, která pracuje v ambulanci, odpověděla, že ano. A sestry (S4, S6, S8, S9) uvedly, že by času potřebovaly více. S8 uvádí: *„Na žádného pacienta nikdy není tolik času, jak by si zasloužil, ale snažíme se pacientovi zajistit dostatečný komfort pro jeho dobrou pohodu při hospitalizaci.“* S9 uvádí: *„Řekla bych, že v dnešní době, když máme plné oddělení a málo sester, tak dostatek času, který by si jakýkoli pacient zasloužil, není ani na jednoho. Určitě by bylo potřeba více času a pacienti by se lépe socializovali při hospitalizaci.“*

5.2.2.3 Podkategorie – Ošetrovatelské problémy

Schéma 8 – Ošetrovatelské problémy



Nejčastějším ošetrovatelským problémem, který by se mohl podle sester (S2, S3, S4, S8, S9) u klientů objevit je riziko pádu. S2 uvádí: „*Je důležité, aby pacienti užili léky ještě předtím, než vstanou z postele, aby nedošlo k pádu.*“ S tím souvisí i porucha tělesné hybnosti (S4, S6, S7), která se může objevit u jakéhokoli klienta s PN a může dojít k nebezpečí úrazu (S1, S6, S8). Sestra S1 uvádí: „*Je důležité odstranit pacientovi všechny nebezpečné překážky, jako jsou židle, boty a jiné věci, o které by mohl pacient zakopnout.*“ Při stavu, kdy jsou klienti více ztuhlí, může nastat problém v deficitu sebeděče, jak uvedly sestry (S1, S6, S7, S8). Při nedostatečné výživě může dojít k malnutrici, jak uvedly sestry (S2, S4, S9).

Často u klientů dochází k psychickým problémům (S1, S7, S8). Sestra S8 uvádí: „*V případě psychických problémů můžeme zajistit pacientovi psychologické nebo psychiatrické vyšetření.*“

Sestra S6 uvedla problémy s odběrem krve u klientů, kteří mají třes rukou. V tu chvíli je zapotřebí, aby jí pomohla ještě jedna sestra, která ruku klienta bude držet „*Jednou se mi to stalo, ale naštěstí jsme to s kolegyní zvládly.*“

5.2.3 Kategorie 7 – Vzdělání všeobecných sester

Kategorie 7 Vzdělání všeobecných sester je zaměřena na získávání informací o Parkinsonově nemoci, vzdělání všeobecných sester a na semináře, které jsou specifické pro PN. Tuto kategorii jsme rozdělili ještě na dvě podkategorie:

- Informace
- Semináře, přednášky

5.2.3.1 Podkategorie – Informace

V podkategorii Informace, která je zaměřena na vzdělávání sester v oblasti PN, jsme zjišťovali, kde sestry získávají nejvíce informací o nemoci. Na tuto otázku odpověděly všechny dotazované sestry, že při studiu na škole a sestry (S4, S5, S6, S9) uvedly, že také během práce na neurologickém oddělení.

Další část byla zaměřena na dostatečnou informovanost o nemoci, u které nám sestry (S2, S4, S5, S7, S8, S9) odpověděly, že si myslí, že nejsou dostatečně informovány, ale problematika ošetrovatelské péče by je zajímala. Sestra S1 uvádí: „*Jak kdo, většina asi toho ví nejvíce ze školy a tady na oddělení nám to ani nikdo neříkal. Tak nějak se učíme za pochodu. A já jsem spíš na ty mrtvice, umím to základní, co musím vědět.*“ Sestra S2 uvádí: „*Jsem krátce po škole, a tak mě zajímá ještě hodně věcí.*“ Sestra S6 si myslí, že jsou informovány, ale bylo by zapotřebí se zdokonalovat. A jediná sestra S10 si myslí, že jsou dostatečně informovány.

Sestry (S7, S10), které pracují v ambulantní soukromé ordinaci, používají hodnotící škály pro PN a sestry z lůžkové části (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9) uvedly, že hodnotící škály vůbec nepoužívají.

5.2.3.2 Podkategorie – Semináře, přednášky

Tato podkategorie je zaměřena na to, zda sestry vyhledávají semináře nebo přednášky o Parkinsonově nemoci.

Z dotazovaných sester (S2, S4, S5, S6, S7) semináře nevyhledávají. Sestra S10 uvádí: „*Semináře ani přednášky nevyhledávám, ale dva jsem již absolvovala.*“ Sestry (S3, S8) semináře nevyhledávají, ale kdyby se nějaký konal, tak by se určitě zúčastnily. Sestra S1 uvádí: „*Aktivně ne, ale občas máme různá školení, kde se vyskytne téma Parkinsonovy*

nemoci.“ Jediná sestra S8 uvádí: „Ano vyhledávám, říká se o mně, že jsem akční člověk...byla jsem jednou na semináři o PN a kdyby se zase konal, tak bych určitě ráda zase šla.“

Vypracovat prezentaci a přednášet na toto téma by z dotazovaných sester chtěla jen jedna sestra (S8), která uvádí: *„Nevadilo by mi to, alespoň bych se dozvěděla něco nového.“*

6 DISKUSE

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou.

Ve výzkumné části jsme si zvolili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit současný stav ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: Jak jsou saturovány potřeby pacientů s Parkinsonovou chorobou? Druhým cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika v ošetřování pacientů s Parkinsonovou chorobou. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou z pohledu všeobecných sester? Pro zpracování výzkumné části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu (Bártlová et al., 2009). Po nastudování uvedené literatury jsem použila pro získání dat metodu hloubkového polostrukturovaného rozhovoru s klienty s PN a se všeobecnými sestrami pracujícími na neurologickém oddělení.

Výzkum byl prováděn v březnu 2017 pomocí předem připravených otázek (viz příloha 6 a 7).

Před výzkumným šetřením s klienty s PN byla oslovena předsedkyně Klubu Parkinson v Českých Budějovicích paní Ing. Bohumila Šindelářová, která s rozhovory souhlasila. Rozhovory byly prováděny individuálně po telefonické domluvě u klientů doma a po jejich souhlasu byly nahrávány na diktafon. Se získáním klientů jsem neměla žádný větší problém, všichni byli velice ochotní s poskytnutím potřebných informací. Na rozhovorech se podílelo dohromady 8 klientů, z toho byly 4 ženy a 4 muži. Nejmladšímu klientovi je 65 let a nejstaršímu 74 let. Bylo pro mne velice zajímavé, že každý klient byl úplně jiný, jak svými příznaky, mluvením, tak i průběhem onemocnění. U jednoho klienta, který má PN 5 let, bych ani nepoznala, že se s tímto onemocněním léčí, sám klient uvádí: *„Na začátku onemocnění jsem vypadal strašně, žil jsem úplně jinak, hodně jsem sportoval, byl jsem lyžařský instruktor...to jsem potom musel úplně přestat dělat, protože jsem se nemohl about do lyžáků ani rukavic, ale letos jsem byl zase poprvé lyžovat.“*

Rozhovory se všeobecnými sestrami byly realizovány na neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. po odsouhlasení žádosti k výzkumu. Na oddělení jsem se předem domluvila, kdy bych mohla rozhovory uskutečnit. Sestry byly ochotné, a proto

jsem se získáním potřebných informací neměla žádné velké komplikace. Na rozhovorech se podílelo celkem 10 všeobecných sester, z toho 8 sester pracujících na lůžkové části a 2 setry byly osloveny v soukromé neurologické ambulanci. Nejmladší sestře je 24 let a nejstarší 59 let, délka jejich praxe, je od 1- 39 let.

Získaná data byla analyzována metodou kódování v ruce, formou papír a tužka. Jednotlivé rozhovory byly přepsány a data byla analyzována do jednotlivých kategorií a podkategorií, jak uvádí ve své knize Švaříček a Šedová (2016).

Klienti s PN by měli být motivováni k aktivnímu zapojení se do léčby tím, že jim lékaři podávají průběžné informace o onemocnění, jak je může v budoucnu ovlivnit, a tím zlepšují také kvalitu jejich života. Pacienti tímto přístupem získávají k lékaři důvěru (EPDA, 2012).

Autor Schwarz (2008) ve své literatuře doporučuje, aby při podávání všech potřebných informací o nemoci byl přítomen i některý blízký příbuzný. I já si myslím, že je vhodné, aby příbuzní, pokud je ta možnost, chodili s klienty k lékaři, aby byli také o nemoci, jejich příznacích a komplikacích informováni.

Podle klientů by se měli lékaři více specializovat na nemoc a být dostatečně informováni o novějších výzkumech o PN. Klient K1 uvádí: „*Lékaři by se měli více specializovat na PN, zaměřit se na novější léky a navštěvovat více vzdělávacích konferencí a seminářů k problematice PN.*“ Hodnocení lékařů tudíž nebylo tolik pozitivní jako u sester. Při otázce edukace pacienta lékařem o onemocnění byli spokojeni jen 4 respondenti, 2 byli částečně informováni a další 2 si museli většinu informací najít sami. Podle Práv pacientů, má každý jedinec ze zákona nárok na svobodný výběr ošetřujícího lékaře. Z toho vyplývá, že si nespokojený klient může od svého dosavadního ošetřujícího lékaře (neurologa) vzít svojí zdravotnickou kartu a registrovat se u jiného lékaře. Tímto problémem se ve své literatuře zabývá Bonnet (2012), kdy je kladen důraz na spokojenost klienta s lékařem, klienti by měli být vnímáni jako normální jedinci, naslouchat jim a mít k nim respekt. Jestliže je klient spokojen s lékařem, tak výzkumy ukazují, že je zdravější a spokojenější. Klient K3 uvádí: „*Lékař mi diagnózu sdělil ihned, nasadil léky a řekl mi, že mám smůlu, že jsem to zdědil. Léky mi ale moc nezabírali, stav se zhoršil, nemohl jsem ani chodit, byl jsem ohnutý a ztuhlý. Děti řekly, že to takhle nemůžou nechat a objednaly mě v Praze do extrapyramidového centra. Tam asi po dvouhodinovém vyšetření lékařka řekla, že když se trefíme do léků, tak máme vyhráno. Při postupné změně a kombinaci*

léků, u kterých jsem začínal na 2 mg a končil na 24 mg tohoto silného léku, tak jsem se vrátil zpátky do života.“

Čtyři klienti odpověděli ano na otázku, zda byli dostatečně informováni o nemoci. Ostatním klientům byla oznámena jen diagnóza a podrobné informace si museli najít sami. Klient K6 uvádí: *„Normálně mi řekl, že mám Parkinsona, ale nic mi nevysvětlil.“*

Myslím si, že je dobře, že klienti mají možnost se o nemoci více dozvědět i na internetu nebo v odborných publikacích, ale neměla by být tato forma využívána jako nástroj k tomu, že se klienti od lékaře dozvědí jen diagnózu a na zbytek informací budou odkázáni na internet.

Podle mě je důležitá nejen informovanost klientů o nemoci, ale i o existujících spolcích, které mohou klienti navštěvovat a sdružovat se s ostatními nemocnými. Jen jedna sestra ze soukromé neurologické ambulance odpověděla, že každý jejich klient s PN je o těchto spolcích informován a poskytují jim kontakty na spolky parkinsoniků. Všichni dotazovaní klienti jsou členy Klubu Parkinson v Českých Budějovicích, ale nikdo z nich tuto informaci od lékaře nezískal. Klient K8 uvádí: *„Tuto informaci jsem získal úplně náhodou. Když jsem šel od svého lékaře, tak jsem se na ulici potkal s paní, která se také léčí s PN a ona mne oslovila, protože viděla, že chodím v předklonu a ptala se mě, jestli se neléčím s PN. Chvilu jsme si povídali i o spolku, a tak jsem se potom z domova přihlásil přes internet.“*

Z výsledků klientů na otázku, jak byli spokojeni s ošetrovatelskou péčí při hospitalizaci, jsme se setkali jen s kladným hodnocením sester. Sestry byly podle klientů ochotné a vždy jim vyšly vstříc při jakémkoli problému, a to byla pro ně velká psychická podpora. Často u klientů dochází k psychickým problémům, jako jsou deprese, úzkosti, panické poruchy nebo sociální fobie, které uvedla ve svém článku Nelson (2013). Sestra S8 uvedla: *„V případě psychických problémů, můžeme zajistit pacientovi psychologické nebo psychiatrické vyšetření.“* Klientka K6 uvádí: *„Často jezdíme na rekondiční pobyty, ty jsou dobré na psychiku. Potkají se tam i s ostatními, kteří mají PN a popovídají si mezi sebou a to jim hodně pomáhá.“*

Většina klientů má své koníčky, aktivity a sport, které rádi dělají, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. Klient K1 uvádí: *„Mám rád chůzi a výlety do přírody, ale občas si připadám, jako když mi dojde benzín.“* Všichni dotazovaní dochází 1x týdně

na pravidelné cvičení na rehabilitační oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., kde mají hodinové skupinové cvičení, které je zaměřeno na protahování svalů. Rehabilitací se zabývají Roth et al. (2009), kde zdůrazňují stejnou důležitost pravidelného cvičení, jako je pro klienty užívání léků. Hlavním cílem rehabilitace je zlepšení kvality života nemocného. Klientka K5 využívá možnosti využívání lázní a uvádí: „*A nyní také využívám lázně, které jsou pro pacienty s PN schváleny 1x za 2 roky tzv. křížkové, které mi velice pomáhají a vždy se již po týdnu cítím jako znovuzrozená.*“

U nemocných se vyskytují také problémy s artikulací (Rusová, 2016). Klienti mají možnost docházet k logopedickému terapeutovi. Logopedie je také součástí rekondičních pobytů, které pořádá Klub Parkinson v Českých Budějovicích. Tyto obtíže uvedl jeden klient, u kterého se vyskytují problémy s řečí a dochází 1x za měsíc k logopedovi.

Z výsledků sester vyplývá znalost specifik ošetrovatelské péče o klienty s PN, ale shodly se, že by potřebovaly mnohem více času na takovou péči. Sestry považují za nejdůležitější striktní časově náročné podávání léků, které je pro klienty prioritní a zásadní při tomto onemocnění. Tuto časovou pravidelnost zmínila i autorka Macháčková et al. (2009) ve své knize, kde také uvádí, že časování jednotlivých dávek v průběhu dne je individuální podle trvání účinku a nemocný by měl vědět a mít poznamenané přesné hodiny, kdy má léky užívat. Z výzkumu vychází, že všechny sestry uvedly, že hospitalizovaným klientům podávají léky samy podle harmonogramu, který jim klient poskytne. Šest klientů ze své zkušenosti na jiném oddělení uvádí, že se se sestrami a lékařem domluvili a léky si užívali sami. Opačnou zkušenost měli dva klienti, K6 uvádí: „*Já jsem měla svoje léky, ale oni si je vždycky sehnali a řekli, že mi budou dávat ty jejich sami, ať si ty svoje schovám, dala jsem jim rozpis a léky jsem dostávala přesně, jak jsem byla zvyklá.*“

Při otázce, zda klienti zapomněli někdy léky užít, a jak se to u nich projevilo, mi klientka K6 uvedla: „*Ono Vás to donutí a samo upozorní, že nemáte léky, že si je musíte vzít, protože nemůžete normálně fungovat...většinou se to projevilo ztuhlostí těla.*“ Klienta K5 uvádí: „*Za celou dobu se mi to stalo asi dvakrát, dříve se to neprojevilo nijak, ale nyní by se to projevilo mimovolnými pohyby, které jsou velice vysilující.*“ Těmito příznaky, ale i jinými, jako jsou typický maskovitý obličej, špatná mimika v obličejí, porucha čichu a chuti se zabývá ve své publikaci autorka Rusová (2016).

Stav nemocného s PN se mění z hodiny na hodinu, ze dne na den a je individuální pro každého jedince. Sestry by měly naslouchat klientovi, jak je nemoc ovlivňuje, a pamatovat na to, aby daly čas na zodpovězené otázky při komunikaci. Může jim trvat odpověď, což neznamená, že by neslyšeli nebo nerozuměli (Cotton, 2012). Klient K2 uvádí: „*Ráno se cítím, jako bych skládal celou noc uhlí.*“

Marečková (2006) ve své publikaci uvádí nejčastější ošetrovatelské problémy, které mohou u klientů nastat. Např. zhoršená chůze v souvislosti se strachem z pádu s určujícími znaky: zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu, změny chůze, vzdálenost, pomalé šouravé kroky a zhoršený start s chybějící souhrou končetin.

Z výzkumu vyplývá, že nejčastějším nynějším projevem nemoci je zhoršená chůze a ztuhlost, která může mít za následek ztrátu zaměstnání (Klempíř, 2013). Klientka K6 ke své chůzi používá hůl „*Ráno nevíte, jestli dojdete támhle nebo támhle, je to den ode dne...je den, kdy můžete někam jít, ale sama už se bojím, stává se mi, že mám špatnou stabilitu, a proto mě většinou doprovází snacha.*“ Klientka K4 uvádí: „*Občas se mi stane, že cupitám a nemůžu zastavit, zastavím se až o někoho nebo něco.*“

Důležitá je trpělivost s pacienty, podřídít se jejich tempu, nabídnout jim používání pomůcek k usnadnění uspokojení základních biologických potřeb viz schéma 6. Pro klienty jsou vyráběny speciální přístroje, nádobí a lahve na pití, které jim usnadní sebeobsluhu (Kernohan, 2011). Sestra S1 uvádí: „*To jsou takové ty praktické věci, jako že jim nedám skleničku s pitím, ale dám jim lahev na pití, která je určená přímo pro parkinsoniky a pacienti to nevylijí. Když bych jim dala skleničku, mohla bych je uvést do rozpaků.*“ Je důležité, že sestry ví, že jsou pro klienty vyráběny speciální přístroje a jiné pomůcky k pití a jídlu, ale na druhou stranu je vhodné, aby sestra nejprve pomůcky klientovi nabídla a nedávala jim je hned na talíř. Klienti by se mohli cítit méněcennými, že neumí jíst s obyčejnými přístroji, protože mnoho klientů se s těmito pomůckami neseetkalo.

Mezi nejčastější a typický příznak, který se u klientů může objevit je třes rukou, který bývá převážně klidového charakteru (Cotton, 2012). Na tomto tvrzení se shodlo šest dotazovaných klientů (viz schéma 1). K4 uvádí: „*Nemohla jsem se podepsat, psát písmenka do křížovek a napít se...bála jsem se, že to vylijí.*“ Klientka K5 uvádí: „*U mě se objevil jako první třes pravé ruky, po měsíci, co jsem navštívila lékaře, a nasadil mi léky, třes ruky se mi 10 let neobjevil.*“

V literatuře se doporučuje mít v pokoji hladké podlahy, bez hrbolů a vyvýšenin, na podlaze by neměly být kusové koberce, měly by být odstraněny prahy mezi místnostmi, aby se lidé mohli pohybovat co nejvolněji a aby se cítili bezpečně (Puršová, 2011). Na tomto tvrzení se shodly i sestry, které uvedly jako nejčastější rizika nebezpečí pádu a úrazu. Sestra S1 uvádí: „*Je důležité odstranit pacientovi všechny nebezpečné překážky, jako jsou židle, boty a jiné věci, o které by mohl pacient zakopnout.*“

Ošetrovatelská péče o klienty s PN se neustále rozvíjí a sestry si uvědomují, že nemají dostatek informací, ani času na péči o samotného klienta. Na otázku, zda vyhledávají semináře nebo přednášky, které jsou zaměřeny na tuto nemoc, mi 7 sester odpovědělo, že nevyhledávají. Navíc 2 sestry odpověděly, že by se zúčastnily pouze tehdy, kdyby se nějaký seminář uskutečnil v nemocnici. Z tohoto tvrzení jsem usoudila, že sestry nemají potřebu se v tomto směru vzdělávat, ale pacienti by se rádi o nových informacích dozvěděli. Klientka K6 uvádí: „*Hodně jsem si přečetla a jezdili jsme na přednášky v Praze do extrapyramidového centra, kde jsme se dozvěděli spoustu informací, což bylo fajn.*“

Při otázce sester, jakou mají zkušenost s klienty a kdo si myslí, že snáší nemoc hůře, byly odpovědi různé. Sestra S1 uvádí: „*To vůbec nedokážu posoudit, ale myslím si, že mladší pacienti nejsou na to zvyklí a řekla bych, že hůř spíše ženy.*“ Sestra S9 uvádí: „*Já si myslím, že určitě muži, ti většinou snáší jakoukoli nemoc hůře a nechtějí si jí připouštět, těžko se s nemocí smírují, protože se potom cítí méněcennými. A jestli mladší nebo starší, tak to je jedno.*“ Já osobně se shoduji se sestrou S10, která uvedla, že si myslí, že snášení onemocnění není ovlivňováno věkem ani pohlavím.

Svojí bakalářskou prací bych chtěla přispět k tomu, aby se Parkinsonova choroba dostala více do popředí i mezi širokou veřejnost, protože tato nemoc může postihnout jakéhokoli člověka bez ohledu na věk, pohlaví i dědičnost. Lidé by měli, alespoň z obecné části vědět základní informace o této nemoci, o tom, že se u nich může vyskytnout např. špatná orientace v prostoru a nestabilita při chůzi. Tyto příznaky mohou vést u ostatních lidí k mylné domněnce o dotyčném, že je opilý. Podobný případ uvedla klientka K5 „*Jednou se mi stalo, že jsem ztratila pevnou půdu pod nohama a na ulici jsem se motala a jeden mladý muž se mi posmíval, že jsem opilá.*“

Parkinsoniky zrazuje tělo, ale rozum pracuje na plné obrátky do poslední chvíle života. Je třeba ho vzít do hrsti a nechat zapracovat ve svůj prospěch. To je jediná cesta k pohodě a radosti z každého dne (Vernerová, 2013, s. 9).

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí.

V teoretické části jsme se snažili obsáhnout základní nejdůležitější informace o Parkinsonově nemoci. Zaměřili jsme se na definici, vznik, příznaky, projevy, příčinu, diagnostiku, vyšetřovací metody, léčbu, komplikace a prognózu onemocnění. V další kapitole jsme se zaměřili na ošetrovatelskou péči, potřeby, podávání léků a edukaci klienta s PN.

Ve výzkumné části jsme si zvolili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit současný stav ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou a jeho výzkumná otázka byla: Jak jsou saturovány potřeby pacientů s Parkinsonovou chorobou? Druhým cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika v ošetrování pacienta s Parkinsonovou chorobou. Pro tento cíl byla položena výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou z pohledu všeobecných sester?

Výzkum byl prováděn v únoru a v březnu 2017 pomocí rozhovorů s klienty s PN a se všeobecnými sestrami pracujícími na neurologickém oddělení. Po analýze všech rozhovorů jsme zjistili několik specifíků, která jsou typická pro PN. Pro sestry je důležitá trpělivost s klienty, protože oni díky této nemoci nemají každý den stejný. Někdy se u nich může projevit ranní ztuhlost, která je omezí ve všech každodenních činnostech, naopak může zase být den druhý, který je úplně opačný a pacienti mohou dělat cokoliv. Je zapotřebí, aby se sestry podřizovaly tempu klienta a psychicky ho podporovaly, aby se klient lépe socializoval a vytvořil si k personálu kladný přístup. I pro klienty je nedílnou součástí znát jejich specifika, která jim nemoc přináší. Pro ně je nejdůležitější, aby si zvykli na pravidelnou časovou náročnost užívání léků a mohli každodenně nějakým způsobem fungovat a neomezovat se v denních činnostech. Při rozhovorech jsme zjistili, že se tato choroba u každého nemocného projevuje jinak a nezáleží na době trvání nemoci. Je specifická a individuální pro každého, který se s nemocí léčí. Někteří klienti se shodli, že jakmile mají nasazenou léčbu, tak už se o ně moc lékař nezajímá a jen mu stále dokola předepisuje léky. Klienti uvedli, jak je pro ně důležité, aby se zdravotnický personál o ně dále více zajímal, hlavně v rámci informovanosti o nových výzkumech v léčbě a usnadnění života s PN.

Využití v praxi: Bakalářskou prací bych chtěla přispět všeobecným sestřám, klientům, rodinným příslušníkům, ale i široké veřejnosti, aby se seznámili se základními informacemi o nemoci a aby se dozvěděli, jaká specifika nemoc přináší.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDERS, M. et al., 2005. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-306-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK Petr a Valérie TÓTHOVÁ, 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 9788070134672.

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

BROŽOVÁ, H., 2010. Léčba Parkinsonovy nemoci. *Lékařské listy* [online], 59(9), 18-20 [cit. 2016- 12- 20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-parkinsonovy-nemoci-451455>

CASEY, G., 2013. Parkinson's disease: a long and difficult journey. *Kai tiaki Nursing New Zealand*. 19(7), 20-24.

COTTON, P., HEISTERS, D., 2012. How to care for people with Parkinson's disease. *Nursing times*. [online], 108(16), 12-14. [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/neurology/how-to-care-for-people-with-parkinsons-disease/5043746.article>

CRANWELL- BRUCE, L., 2010. Drugs for Parkinson's Disease. *Medsurg Nursing*. 19(6), 347-350.

DOSTÁL, Václav a Ema CHVÍSTKOVÁ., 2010. *Výživa u Parkinsonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2362.

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

EPDA, 2012. *Život s Parkinsonovou nemocí: Stanovení přesné diagnózy, léčby a péče*. Praha: Společnost Parkinson, o.s. ISBN nevedeno.

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

HEHLMANN, Annemarie., 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, ISBN: ISBN 978-80-247-2612-0.

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

JELÍNKOVÁ, V., 2016. *Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou*. České Budějovice, Bakalářská práce. ZSF JU.

KAŇOVSKÝ, P. et al., 2006. Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci. *Neurologia pre praxi*. [online], Bratislava: MEDUCA., 7(2), 112-114. [cit. 2016-12-10]. ISSN 1335 9592. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/02/12.pdf>

KERNOHAN, G., 2011. Palliative care in Parkinson's disease. *Nursing times*. 107(24), 22.

KLEMPÍŘ, Jiří., 2013. *Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta. 46 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2834-9.

KYLE, G., 2010. The physical, social and emotional effects of bowel dysfunction in Parkinson's disease. *Nursing Times*. 106(33), 20.

MACHÁČKOVÁ, D., KOTTOVÁ, M., 2009. Pacienti s „Parkinsonem“ vyžadují individuální péči. *Sestra*, [online],[cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pacienti-s-parkinsonem-vyzaduji-individualni-peci-417227>

MAREČKOVÁ, Jana., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MASOPUST, J. et al., 2016. Psychické příznaky u Parkinsonovy nemoci. *Parkinson*. 49, 8- 18. ISSN 1212-0189.

MENŠÍKOVÁ, K. et al., 2015. *Atypické parkinsonské syndromy*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-223-7.

MLČOCH, Zdeněk, 2008. *Parkinsonova choroba, nemoc: příznaky, projevy, symptomy*. In: [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/parkinsonova-choroba-nemoc-priznaky-projevy-symptomy>

NELSON, S., 2013. Parkinson's disease. *Nursing Standard*. 22(19), 59.

Non-motorické příznaky Parkinsonovy nemoci. 2016. Přeložil Andrea RUSOVÁ. Olomouc: Solen, Dobrá rada pro lékaře. ISBN 978-80-7471-161-9.

PARKINSON – HELP z. s., 2014. *Deník stavu hybnosti*. In. Parkinson-help.cz [online]. [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2013/09/Denik_hybnosti.pdf

PARKINSON – HELP z. s., 2014. *Doporučení k anestezii*. In. Parkinson-help.cz [online]. [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/04/Doporu%C4%8Den%C3%AD-k-anestezii.pdf>

PARKINSON – HELP z. s., 2014. *Seznam léků, které pacient s Parkinsonovou nemocí nesmí dostat*. In. Parkinson-help.cz [online]. [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/04/Seznam-l%C3%A9k%C5%AF-kt%C3%A9-nesm%C3%ADme.pdf>

RŮŽIČKA, E. et al., 2000. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha: Galén. Extrapyramidová onemocnění I., ISBN 80-7262-048-7.

PENFOLD, J., 2011. Loss of Parkinson's role would 'cost NHS £42m'. *Nursing older people*. 23(9), 6-7.

PIDERMAN, V., 2007. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Praha: Galén. ISBN 987-80-7262-474-4.

PURŠOVÁ, M., ROTH, J., 2011. *Parkinsonova nemoc: Komplexní fyzioterapeutický pohled*. Praha: Novartis. ISBN neuvedeno

REKTOR, I., 2013. Nová léková forma pro léčení Parkinsonovy choroby. *Parkinson*. 41, s. 30. ISSN 1212-0189.

ROTH, J. et al., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. přeprac. a rozšíř. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, E. et al., 2000. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-048-7.

SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHWARZ, Shelley Peterman., 2008. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2321-1.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

SPOLEČNOST PARKINSON o. s, 2014. *Máme doma Parkinsona aneb Parkinson do kapsy*. TIGIS spol. s.r.o. ISBN neuvedeno

ŠALÁTEK, L., 2005. *Parkinsonova choroba: 101 doporučení, rád a názorů na každý den pro parkinsonikov a těch druhých*. Nitra: Polygrafia Dominant. ISBN 80-969-451-0-6.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

VERNEROVÁ, E., 2013. Parkinsonova nemoc z pohledu pečovatele. *Parkinson*. 41, 8-9. ISSN 1212-0189.

VRÁNOVÁ, L., 2006. Hluboká mozková stimulace u pacientů s Parkinsonovou chorobou. *Sestra*. 16(7-8), 46. [online], [cit. 2017-01-010] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hluboka-mozkova-stimulace-u-pacientu-s-parkinsonovou-chorobou-274861>

ZAMIŠKOVÁ, G. et al., 2010. Porucha řeči u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. [online], 11(2), 112-116. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/10.pdf>

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Deník stavu hybnosti

Příloha 2: Doporučení k anestezii

Příloha 3: Seznam léků, které pacient s PN nesmí dostat

Příloha 4: Typické držení těla u Parkinsonovy nemoci

Příloha 5: Ukázka cvičení mimických svalů a rehabilitační přehled cviků

Příloha 6: Návrh rozhovoru pro klienty s Parkinsonovou nemocí

Příloha 7: Návrh rozhovoru pro všeobecné zdravotní sestry

Příloha 8: Hodnotící stupnice Hoehnové a Yahra

Příloha 1 - Deník stavu hybnosti

Deník stavu hybnosti																									
Vypíšte za pomoci mezeríku, stav v čase označte např. písmenem X. Spánek písmenem S.												Tisk nejlépe "fit to page" tzn. maximum do stránky.													
Jméno						ostatní údaje																			
lék	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	
Datum	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	
mimovolní pohyby, dyskineze																									
Dobrá hybnost, "On"																									
Ne zcela dobrá hybnost																									
Hybné zpomalení, "Off"																									
Pozn.:																									
Datum	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	
mimovolní pohyby, dyskineze																									
Dobrá hybnost, "On"																									
Ne zcela dobrá hybnost																									
Hybné zpomalení, "Off"																									
Pozn.:																									
Datum	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	
mimovolní pohyby, dyskineze																									
Dobrá hybnost, "On"																									
Ne zcela dobrá hybnost																									
Hybné zpomalení, "Off"																									
Pozn.:																									

Seřaveno podle deníku Neurologické kliniky 1.LFUK a VFN Praha Státno z www.parkinson-help.cz

Zdroj: www.parkinson-help.cz

Příloha 2 - Doporučení k anestezii



DOPORUČENÍ K OPERACÍM, MÍSTNÍMU ZNECITLIVENÍ A K PŘIJETÍ DO NEMOCNICE

1. Požádat ošetřujícího lékaře před návštěvou chirurga či před nástupem do nemocnice o lékařskou zprávu týkající se Parkinsonovy nemoci a její přesné léčby v posledním období. Upozornit chirurga či lékaře v nemocnici na onemocnění Parkinsonovou nemocí a předat mu tuto zprávu.
2. Vždy se informovat o tom, zda je možné plánovaný chirurgický výkon provést v místním či svodném znečitlivění. Je to pro nemocného výhodnější, méně rizikové.
3. Pokud tato možnost není, upozornit lékaře na nutnost co nejkratšího intervalu ve vysazení levodopy (Nakom, Isicom, Sinemet, Madopar). Po operacích v celkové narkóze je totiž obvyklé (zvláště také po operacích břicha) nepodávat po určitou dobu ani potravu, ani léky ústy.
4. Přinést na oddělení dostatečnou zásobu všech užívaných léků. V nemocnici nemusí mít vždy všechny léky potřebné k léčbě Parkinsonovy nemoci.
5. Pokud bude nutná celková narkóza (uspání při operaci), je vhodné se při rozhovoru s lékařem ubezpečit, že součástí narkózy **nebude uspávací prostředek halotan ani jakékoliv antipsychotium/neuroleptikum** (zhoršuje hybnost v pooperačním období, hrozí i komplikace při narkóze).
6. Pokud bude nutno tlumit eventuelně pooperační neklid, je třeba již před operací upozornit na to, že ke zklidnění lze použít pouze lék tiaprid (Tiapridal, Tiapra) či benzodiazepiny. V krajním případě je možno použít malou dávku léku Buronilu.
7. Je vhodné sdělit chirurgickému oddělení spojení na ošetřujícího lékaře – neurologa, pro případ, že by došlo k jakýmkoliv komplikacím.

Zdroj: www.parkinson-help.cz

Příloha 3 - Seznam léků, které klient s Parkinsonovou nemocí nesmí dostat



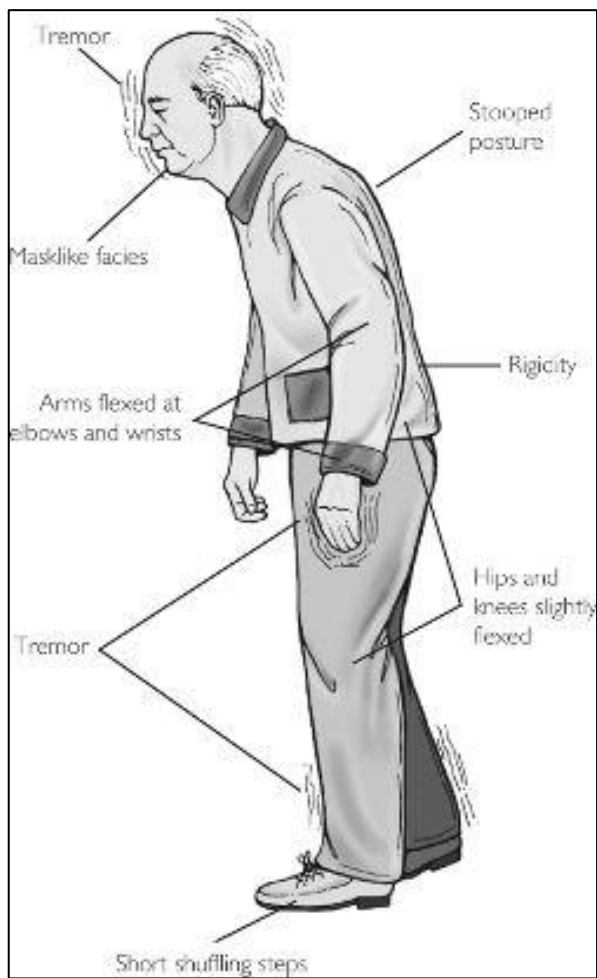
SEZNAM LÉKŮ, KTERÉ PACIENT S PARKINSONOVOU NEMOCÍ NESMÍ DOSTAT

V následujícím textu nejsou uvedeny veškeré léky, které mohou průběh nemoci či stav hybnosti u Parkinsonovy nemoci výrazněji zhoršit. Uvádíme zde jen léky nejčastěji užívané v České republice, se kterými může pacient s Parkinsonovou nemocí v ordinacích českých lékařů eventuálně přijít do styku.

- **Antipsychotika/Neuroleptika (tzv. typická)** – léky používané hlavně, ale ne vždy, v léčbě duševních poruch: např. Haloperidol, Haldol, Largactil, Moditen, Tisercin, Levopromazin, Prochlorperazin, Perfenazin,
- **Některé léky používané při zažívacích obtížích:**
Degan
- **Některé léky používané např. v léčbě závratí, nevolnosti, zvracení:**
Torecan
- **Některé léky používané např. při nedostatečném prokrvení vnitřního ucha či mozku:**
Stugeron, Cinnabene, Cinarizin, Arlevert, Sibelium
- **Některé léky, používané k tlumení kašle, škytavky:**
Prothazin, Promethazin, Phenergan
- **Některé léky používané v léčbě vyššího krevního tlaku:**
Crystepin, Aldomet, Dopamet, Dopegyt
- **Současně se selegilinem (Jumex, Sepatrem, Niar atd.) se nesmějí používat léky s antidepressivním účinkem.** Tyto léky lze pacientům s Parkinsonovou nemocí podávat, je však nutno předem vysadit selegilin, a to asi 3 týdny před nasazením antidepressiva.

Zdroj: www.parkinson-help.cz

Příloha 4 - Typické držení těla u Parkinsonovy nemoci



Zdroj: Mlčoch, 2008

Příloha 5 – Ukázka cvičení mimických svalů a rehabilitační přehled cviků

Cvičení mimických svalů

Cvičební jednotku je vhodné začít cvičením mimických svalů, které jsou také postiženy



Mimické svaly, které jsou také postiženy při Parkinsonově nemoci, jsou svaly obličeje, které se podílejí na mimice, tvorbě řeči, polykání a žvýkání.

Mimika je důležitou součástí života člověka. Ukazuje jeho pocity, emoce, nálady, současné rozpoložení, ale i bolest. Každý člověk vyjadřuje pocity svým specifickým způsobem a díky mimice můžeme rozpoznat jeho aktuální prožitky.

Při Parkinsonově nemoci dochází ke strnulosti výrazu, chudé mimice. Jedná se o tzv. hypomimii. Nejlépe to vyslovuje popis „maskovitý obličej“. To samé platí i o artikulaci a polykání. Řeč je pomalá, monotónní, setřelá, špatně srozumitelná. Omezené pohyby hrudníku při flekčním držení trupu nedovolují plně využít plícní kapacity, a proto pacienti nedokáží optimálně zkoordinovat dýchání a hlasový projev.

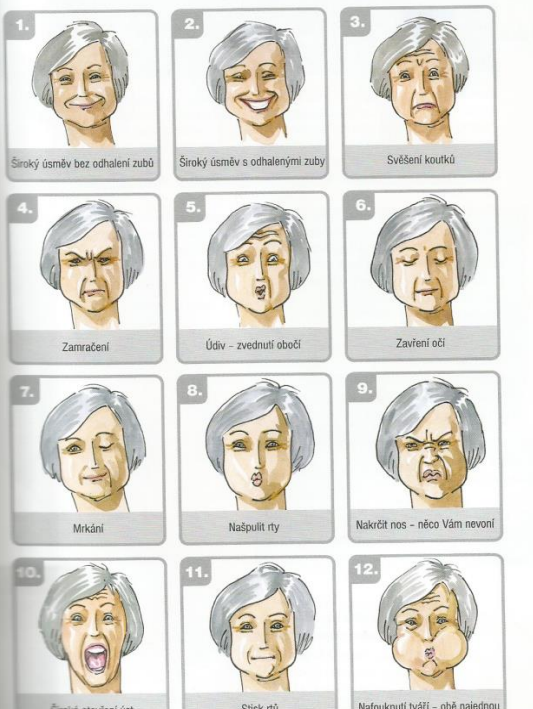
Základy cvičení:
Každé cvičení začnete masáží obličeje. Lehce přejížděte prsty po svalcích nebo použijte 2 froté žínky, které namočíte ve vlažné vodě. Pohyby provádějte pomalu od středu do stran (obr. 1). Obě strany masírujte najednou. Většího efektu masáže dosáhnete, bude-li masáž provádět druhá osoba. Cvičení prováděte vsedě a pak následuje Vaše cvičební jednotka.



Vášim možností. Následně lze využít metronomu nebo rytmické hudby.

Na cvičení si najděte dostatek času a klidu. Pro zpětnou kontrolu pohybů cvičte vsedě před zrcadlem nebo před rodinným příslušníkem. Pohyb provádějte v plném rozsahu a pravidelném rytmu. Pro začátek je lepší, aby rytmus udával terapeut nebo rodinný příslušník, který přizpůsobí tempo vašim možnostem.

Každý cvik opakujte 5 – 8x. Cvičte denně. Cvičením mimických svalů začínáte svou cvičební sestavu. Nejprve nacvičte jednotlivé pohyby. Po každém provedení se vraťte do výchozí polohy.



- Široký úsměv bez odhalení zubů
- Široký úsměv s odhalenými zuby
- Svěšení koutků
- Zamračení
- Údiv - zvednutí obočí
- Zavření očí
- Mrkání
- Našpultit rty
- Nakrčít nos - něco Vám nevoní
- Široké otevření úst
- Stisk rtů
- Nafouknout tváře - obě najednou

Přehled cviků




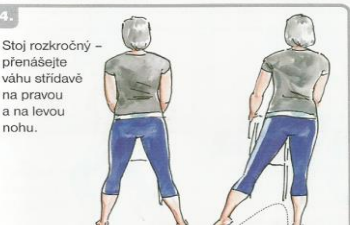

LEH NA ZÁDECH

Cvičte na podložce nebo lůžku. (Tyto cviky lze použít na začátek Vaší sestavy nebo na rozpohybování na lůžku po probuzení než vstanete z postele.)

- Pomalou vzpažte ruce s nádechem připažte s výdechem. 
- Ruce položte na břicho - nádech do břicha a výdech. 
- Švihem vzpažte, podívejte se za rukou a připažte. 
- Švihem upažte, podívejte se za rukou a připažte. 
- Pokrčte ruce na hrudník. Ruce střídavě natahujte před sebe, jako když boxujete. 
- Pokrčte nohy - s výdechem vtahujte břicho k pateri, stahujte hýždě a s nádechem povolte. 
- Pokrčte nohy - zvedněte pánve nad podložku a položte zpět, varianta: zvednutou pánve střídavě pokládejte do stran. 

STOJ U NÁRAĐÍ - židle, žebříny

Stojíme čelem k nářadí, rukama se přidržujeme:

- Střídejte stoj na špičkách a na patách. 
- Lehce pokrčte kolena, pohybujte kolena střídavě doprava a doleva, jako když lyžujete. 
- Švihem nataženou nohou do uonožení a mimého překřížení, opakujte několikrát za sebou a pak vyměňte nohu. 
- Stoj rozkročný - přenášejte váhu střídavě na pravou a na levou nohu. 
- Jděte do podřepu nebo téměř do dřepu a zpět. 

Zdroj: Puršová & Roth, 2011

Příloha 6 - Návrh rozhovoru pro klienty s Parkinsonovou nemocí

Identifikační znaky:

Pohlaví

Věk

Místo bydliště

I. část: Jak dlouho má klient PN- průběh onemocnění

1. Jak dlouho se s Parkinsonovou nemocí léčíte?
2. Jaké příznaky Vás dovedly k lékaři?
3. Při jakých činnostech Vás příznaky obtěžovaly?
4. Jak dlouho trvalo od té doby, co jste začal/a na sobě pozorovat první změny, než jste šel/šla k lékaři?
5. Za jak dlouho od prvních příznaků byla stanovena diagnóza?
6. Jak jste se cítil/a při první návštěvě na neurologickém oddělení?
7. Jakým způsobem Vám lékař diagnózu sdělil? Jak jste se s tím smířil/a?

II. část: Současný stav nemoci

1. Jak se u Vás nemoc projevuje nyní? Jaké máte potíže?
2. Při jaké činnosti Vás nemoc nejvíce obtěžuje?
3. Jaké užíváte léky? Užíváte je pravidelně?
4. Byl/a jste seznámena s léky, které užívat nemůžete?
5. Při zapomenutí vzít si léky, projeví se u Vás nějaké příznaky?

III. část: Zkušenost s hospitalizací, s ošetřením u lékaře

1. Byl/a jste hospitalizován/a od doby, co Vám byl/a diagnostikována Parkinsonova nemoc?
2. Byla jste spokojen/a se zdravotnickou péčí při hospitalizaci?
3. Byl/a jste hospitalizován/a na neurologickém oddělení? Jak dodržovali podávání léků k léčbě Parkinsonovi nemoci?
4. Byl/a jste hospitalizován/a na jiném oddělení? Jak dodržovali podávání léků k léčbě Parkinsonovi nemoci?
5. Jaká shledáváte specifika péče o klienta s Parkinsonovou nemocí?
6. Navštěvujete pravidelně lékaře? Jakého specialistu a v jakých intervalech?
7. Byl/a jste informována od lékaře o dalších možných příznacích Parkinsonovy nemoci?

8. Byl/a jste seznámen/a s dalšími možnostmi léčby Parkinsonovy nemoci?
9. Byl s Vámi u lékaře i někdo z příbuzných? Byl seznámen/a také se specifiky u Parkinsonovy nemoci?
10. Byl/a jste informován/a o spolku, kde se klienti s Parkinsonovou nemocí mohou stýkat?

IV. část: Běžný život s PN

1. Jak nemoc narušila Váš běžný život?
2. Omezuje Vás onemocnění ve vašem společenském životě?
3. Omezuje Vás onemocnění v nějakých aktivitách/sportu/koníčkách?
4. Využíváte i jiné možnosti léčby?
5. Navštěvujete nějaký patientský spolek?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 7 - Návrh rozhovoru pro všeobecné zdravotní sestry

Identifikační znaky:

Věk

Oddělení

Nejvyšší vzdělání

Délka praxe

I. část - Zkušenosti

S klienty

1. Jak dlouho pracujete s klienty s Parkinsonovou nemocí?
2. Pracuje po celou dobu na tomto oddělení? Pokud ne, kde jste pracoval (a) dříve?
Setkávala jste se tam také s klienty s Parkinsonovou nemocí?
3. Jak často se setkáváte s klienty s Parkinsonovou chorobou?
4. Kdo si myslíte, že snáší nemoc hůře? Ženy nebo muži? Starší nebo mladší?
5. Jak lze podle Vás klienta aktivizovat, povzbuzovat a socializovat?
6. Navštěvují klienty při hospitalizaci rodinní příslušníci? Jsou také informováni o nemoci?

Specifika ošetrovatelské péče

1. Znáte specifika péče o klienty s Parkinsonovou nemocí?
2. Dodržujete pravidelnost podávání léků klientům s PN?
3. Znáte nežádoucí účinky antiparkinsoniků?
4. Víte, které léky by neměl klient s PN užívat?
5. Myslíte si, že máte dostatek času na péči o takového pacienta?

Problémy

1. Jaké si myslíte, že jsou nejzávažnější ošetrovatelské problémy, které se mohou u klienta s Parkinsonovou nemocí vyskytnout?
2. Myslíte si, že jsou dostatečně klienti informováni o nemoci?
3. Informuje u vás lékař o všech možnostech léčby?
4. Je u Vás informován pacient o spolcích Parkinsoniků, které může navštěvovat? Pokud ne, nemyslíte, že by bylo vhodné pacienty informovat?

II. část - Vzdělání

Informace

1. Kde jste získal (a) informace o Parkinsonově nemoci?
2. Zajímá Vás problematika nemoci a ošetrovatelské péče?
3. Myslíte si, že jsou zdravotníci dostatečně informováni o nemoci?
4. Používáte hodnotící škály u Parkinsonovy nemoci?

Semináře, přednášky

1. Vyhledáváte semináře nebo přednášky, které jsou zaměřeny na Parkinsonovu nemoc?
2. Konají se i ve Vaší nemocnici?
3. Chtěl (a) byste přednášet o Parkinsonově nemoci?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 8: Hodnotící stupnice Hoehnové a Yahra

HODNOTÍCÍ STUPNICE HOEHNOVÉ A YAHRA

Stadium 1 – osoba s PN má unilaterální (jednostranné) motorické příznaky.

Dochází k minimálnímu nebo žádnému funkčnímu postižení; mladší pacienti obvykle zůstávají v aktivním pracovním procesu.

Stadium 2 – onemocnění se rozvinulo do bilaterální (oboustranné) fáze, avšak bez problémů s rovnováhou.

Pacient může nadále pracovat, avšak například na zkrácený úvazek.

Stadium 3 – posturální nestabilita, která má za následek riziko a strach z pádů.

To může mít za následek tendenci zůstat doma, což může vyústit v sociální odloučení. Někteří pacienti mohou mít komplikace v podobě zlomenin způsobených pády.

Stadium 4 – osoba s PN ztrácí fyzickou nezávislost.

V praxi to znamená zvýšenou potřebu pomoci pečovatele, avšak pacient může nadále žít ve svém bydlíšti.

Stadium 5 – osoba s PN je upoutána na invalidní vozík nebo lůžko.

V tomto stadiu může být nezbytné přemístění pacienta do léčebny dlouhodobě nemocných.

Zdroj: Epda, 2012

10 SEZNAM ZKRATEK

PN - Parkinsonova nemoc

PEG - Perkutánní endoskopická gastrostomie

EPDA - Evropská asociace Parkinsonovy nemoci

L- DOPA - levodopa

SPECT - jednofotonová emisní výpočetní tomografie

PET - pozitronová emisní tomografie

MR - magnetická rezonance

např. - například

tzv. - takzvané

aj. – a jiné