



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Komunikace zdravotníků s pacientem s Parkinsonovou chorobou

Vypracovala: Hana Kadeřábková

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

České Budějovice, 2016

ABSTRAKT

Komunikace zdravotníků s pacientem s Parkinsonovou chorobou

Současný stav: Parkinsonova choroba je chronické, pomalu se rozvíjející neurodegenerativní onemocnění. Základním podkladem pro vznik nemoci je nedostatek dopaminu. Je to typické onemocnění staršího věku se začátkem nemoci okolo 45 - 65 let. Jen 10 % případů začíná už před 40. rokem. Z důvodů časté ztráty výrazu tváře a strnutí obličeje, mají pacienti potíže, jak ve verbální, tak v neverbální komunikaci. Je velmi důležité, aby si zdravotníci uvědomovali, že pacient s touto chorobou se může vyskytnout na jakémkoliv oddělení a proto je zapotřebí ovládat nejen ošetrovatelskou péči, ale i komunikaci s tímto pacientem.

V teoretické části bakalářské práce jsme se zabývali Parkinsonovou chorobou, jejími příznaky, diagnostikou a léčbou. Další kapitola nás seznámila s komunikací, jejím základním rozdělením, s bariérami, které mohou znesnadnit komunikaci s pacientem.

Cíle práce: Pro výzkumnou část jsme zvolili dva cíle. Cíl první byl zjistit současný stav komunikace zdravotníků s pacienty s Parkinsonovou chorobou. Pro tento cíl jsme vytvořili výzkumnou otázku: Jak probíhá komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem s Parkinsonovou chorobou? Druhým cílem bylo zjistit, jaké komunikační problémy mají pacienti s Parkinsonovou chorobou při kontaktu se zdravotníky. Výzkumná otázka pro tento cíl byla: Jaké problémy v komunikaci se vyskytují při komunikaci zdravotníka s pacientem s Parkinsonovou chorobou?.

Metodika výzkumu a výzkumný soubor: V březnu 2016 jsme provedli kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s deseti pacienty s Parkinsonovou chorobou. Otázky k rozhovoru byly vytvořeny pomocí informací z odborné literatury. Výzkumný soubor tvořili respondenti s Parkinsonovou chorobou bez ohledu na pohlaví, věk či trvání nemoci. Společné všem respondentům bylo, že mají zkušenost s komunikací se zdravotníky. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon.

Získané informace byly doslovně přepsány, analyzovány pomocí metody tužka-papír a následně utříděny do jednotlivých kategorií.

Výsledky: Vytvořené tři kategorie byly dále rozděleny do několika podkategorií. První kategorie se zabývá komunikací mezi lékařem a pacientem. V první podkategorii jsme se zabývali, jak lékař sdělil pacientovi diagnózu. Jeden pacient hodnotí sdělení jako standardně vedený rozhovor, dva pacienti uvedli, že v jejich případě, jim lékař diagnózu sdělil pouze se základními informacemi, další tři pacienti uvádějí, že po sdělení diagnózy, dostali informační brožurky, případně jim diagnóza byla vysvětlena dopodrobna, takže žádné nejasnosti neměli. Druhá podkategorie se zabývala časem vymezeným lékařem pro komunikaci s pacientem. Jeden pacient uvádí, že vnímá svého lékaře jako neustále spěchajícího. Další respondenti uváděli, že si na ně jejich lékař čas udělá, a když jsou nějaké nejasnosti, v klidu jim vše vysvětlí.

Druhá kategorie s názvem Komunikace mezi sestrou a pacientem obsahuje tři podkategorie. První pojednává o komunikaci se sestrou z pohledu pacienta. Někteří pacienti si pochvalovali komunikaci se sestrami z ortopedického oddělení nemocnice České Budějovice, a. s. v souvislosti s dodržováním doby podání antiparkinsonik. S opačnou zkušeností se setkal jeden pacient, kdy i před upozornění na důležitost dodržování doby podání léku nebyl akceptován. Projevení empatie nese název druhá podkategorie. Projev empatie ze strany sestry byl pro každého pacienta velice individuální. Některým postačil úsměv, jinému pacientovi dobrá rada. Ve třetí podkategorii jsme se dozvěděli, jak vnímají pacienti sestru. Tři pacienti charakterizují sestru jako ochotnou, milou, laskavou a vstřícnou. Další pacienti vnímají sestru jako určitou formu bezpečí, profesionála, chytrou, vzdělanou, vytíženou, prostředníka mezi lékařem a pacientem.

Třetí kategorie obsahuje poznatky, se kterými zdravotnickými pracovníky problémy v komunikaci vznikají. Tato kategorie je rozdělena do dalších dvou podkategorií. Z výzkumu vyplynulo, že tři pacienti jsou toho názoru, že záleží na osobnosti zdravotníka. Jedna pacientka se setkala problémem ze strany sanitáře, další pacient měla problém se zdravotníky v komunikaci s neakceptováním jeho nemoci a

léčebným režimem v souvislosti s dodržováním doby podání léků. Poslední podkategorie analyzuje podporu zdravotníků při Parkinsonově nemoci v rámci nabízení informačních brožurek, letáků, klubů apod.

Závěr: Z výzkumu vyplynulo, že současný stav komunikace mezi zdravotníkem a pacientem s Parkinsonovou nemocí se dá hodnotit jako velmi dobrý. Problémy, které vznikají při komunikaci, nejvíce vycházejí z osobnosti daného zdravotníka, kdy se o něm, v některých případech, nedá hovořit jako o profesionálovi, vykonávající proces, který má zajistit zlepšení, případně navrácení zdraví daného jedince. Proto dle mého názoru, může tato bakalářská práce posloužit především jako studijní materiál všem zdravotníkům, kteří usilují o moderní a kvalitní zdravotní péči.

Klíčová slova: komunikace; zdravotník; pacient; Parkinsonova choroba

ABSTRACT

Communication of Health professionals with Patient with Parkinson's Disease

Current state of the research field: Parkinson's disease is chronic, slowly developing neurodegenerative disease. The basic cause for the origin of disease is the lack of dopamine. It is a typical disease for older age with the beginning of the disease from 45 – 65 years. Approximately 10% of cases begin before the age of 40. Owing to the frequent loss of facial expression and numbness in face, patients have often difficulties with verbal but also non-verbal communication. It is very important for health professionals to realize that patients with this disease can appear in any hospital ward. Therefore it is necessary to master not only nursing care but also communication with the patient.

The theoretical part of this bachelor's thesis dealt with Parkinson's disease and its symptoms, diagnosis and treatment. The next chapter dealt with communication and its basic division, and with barriers which can impede the communication with patients.

Aims: The research has two aims. The first aim was to find out the contemporary state of communication between health professionals and the Parkinson's disease patients. For this aim, this research question was created: How does the communication between health professionals and Parkinson's disease patients take place? The second aim was to find out which communication problems the Parkinson's disease patients have when communicating with health professionals. The research question for this aim was: Which communication problems do occur during communication of a health professional with a Parkinson's disease patient?

Methods: In March 2016 we carried out a qualitative research by means of half structured interviews with ten Parkinson's disease patients. The interview questions were created using information from professional literature. The research group was created by respondents suffering from Parkinson's disease regardless their gender, age or duration of the disease. The common sign of the respondents was they all have

experience in the communication with health professionals. The interviews were recorded on a mobile phone. The required information was rewritten word for word, analysed using a pencil-paper method and then organized into the particular categories.

Results: The established three categories were further divided into several subcategories. The first category deals with the communication between a doctor and patient. The first subcategory deals with a doctor telling the diagnosis to the patient. One patient evaluates the diagnosis notification as a standard dialogue, two patients stated that in their case, the doctor told him a diagnosis only with basic information, other three patients told us that after a diagnosis notification they received information brochures, alternatively the diagnosis was explained in detail so there were not any ambiguities. The second subcategory deals with the time restricted by a doctor for the communication with a patient. One patient stated that he perceives his doctor as being constantly in a rush. Other respondents stated that their doctors are willing to make time for them and when there are any ambiguities the doctors explained everything to the respondents.

The second category with the title Communication between a nurse and patient includes three subcategories. The first deals with the communication with a nurse from the view of a patient. Some patients praised the communication with nurses of the orthopaedic ward in the hospital České Budějovice, plc. in connection with dosing the antiparkinsonics. One patient encounter an opposite experience when even after the warning about the importance of compliance of the drugs dosing period, it was not accepted. The second subcategory has a title Expressing empathy. Expressing empathy from nurses was very individual for every patient. Some of them were satisfied with a smile, some were satisfied with a good piece of advice. The third subcategory deals with the patient's perception of a nurse. Three patients characterize a nurse as willing, pleasant, kind and helpful. Other patients perceive a nurse as a certain form of safety, professional, intelligent – educated, busy, and a mediator between a doctor and patient.

The third category includes findings of which health professionals create problems in communication. This category is divided into two subcategories. The research shows

that three patients think that it depends on the character of a health professional. One patient encountered a problem with a hospital attendant, other patient had a problem with health professionals in a communication with not accepting his disease and treatment routine in connection with maintaining the dosing period of drugs. The last category analyses the support from health professionals of Parkinson's disease within offering information brochures, handouts, clubs and so on.

Conclusion: As emerged from the research, the contemporary state of communication between a health professional and a Parkinson's disease patient can be valued as very good. The problems occurring during the communication are mostly based on the character of a particular health professional - when it is questionable to call such a person a real professional in some cases - and who is supposed to perform a process which should ensure improvement, alternatively restoring health to a particular individual. Therefore in my opinion, this bachelor's thesis can primarily help as a study material for all health professionals who endeavour to achieve modern and quality health care.

Key words: communication; health professional; patient; Parkinson's disease

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích, 1.5 2016

.....
Hana Kadeřábková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Heleně Michálkové Ph.D. za odborné vedení, ochotu, cenné rady a pomoc při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Bohumile Šindelářové za umožnění výzkumu, všem respondentům a v neposlední řadě mé rodině, která mi byla po celou dobu studia velikou oporou.

Obsah

Úvod.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Parkinsonova choroba	13
1.1.1 Neurobiochemie	13
1.1.2 Etiologie nemoci	14
1.1.3 Epidemiologie nemoci.....	15
1.1.4 Příznaky Parkinsonovy nemoci.....	16
1.1.5 Vyšetření a diagnostika.....	20
1.1.6 Léčba Parkinsonovy nemoci	22
1.2 Komunikace ve zdravotnictví	28
1.2.1 Komunikační proces	29
1.2.2 Profesionální komunikace.....	30
1.2.3 Osobnost zdravotníka	31
1.2.4 Druhy komunikace	32
1.2.5 Bariéry komunikace	36
1.2.6 Zásady komunikace s pacientem.....	37
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	39
2.1 Cíle práce	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
3 METODIKA.....	40
3.1 Metodika výzkumu.....	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
4.1 Kategorie 1 – Komunikace mezi pacientem a lékařem.....	43
4.2 Kategorie 2 – Komunikace mezi pacientem a sestrou	45
4.3 Kategorie 3 – Problémová komunikace ve zdravotnictví	47
5 DISKUZE	50

6	ZÁVĚR.....	54
7	SEZNAM LITERATURY.....	56
8	SEZNAM PŘÍLOH	60

Seznam použitých zkratek

aj. = a jiné

ang. = anglicky

apod. = a podobně

atd. = a tak dále

COMT = katechol – O – metyltransferáza

EPDA = Evropská asociace Parkinsonovy nemoci

ICN = International Council of Nurses, Mezinárodní rada sester

L-DOPA = L - 3,4 - dihydroxyfenylalanin, levodopa

MAO = monoaminoxidáza

MPTP = metyl – fenyl – tetrahydro - pirimidin

MR = magnetická rezonance

odd. = oddělení

PET = pozitronová emisní tomografie

PN = Parkinsonova nemoc

SPECT = jednofotonová emisní výpočetní tomografie

tj. = to je

tzn. = to znamená

UPDRS = Jednotná škála pro hodnocení Parkinsonovy choroby

Úvod

Velice si vážím toho, že nahlížíte do mé bakalářské práce, která se zabývá problematikou komunikace zdravotníků s pacienty s Parkinsonovou chorobou. Zatím jsem se nesečkala s výzkumnou prací na podobné téma, a proto mne lákala možnost zmapovat tuto problematiku, která si myslím, že je velice opomíjená.

Tato bakalářská práce má dvě části. V teoretické části se můžete seznámit s Parkinsonovou chorobou, kterou poprvé popsal James Parkinson v roce 1817. Po něm nese tato nemoc svůj název. Parkinsonova nemoc se řadí mezi progresivní neurodegenerující onemocnění. Její vznik je zapříčiněn nadměrným odumíráním buněk tvořících dopamin, který se řadí mezi transmitery. U lidí trpících Parkinsonovou nemocí lze vypořozovat několik hlavních příznaků. Jsou to zejména motorické problémy (třes, rigidita, akineze), dále tu jsou i problémy, které nemají spojitost s hybností a pohybem, tzv. nemotorické příznaky (bolest, poruchy spánku, poruchy komunikace...). Na světě trpí Parkinsonovou chorobou 6,3 milionu lidí. Postihuje všechny etnické skupiny a kultury, není smrtelná, ale *život nemocného zásadně změní*. Důležitým faktem je i to, že příznaky jsou u každého člověka jiné a mohou se kdykoliv změnit. Z toho vyplývá, že pacienti s Parkinsonovou nemocí musí navštěvovat pravidelně zdravotnické zařízení popřípadě se setkávají se zdravotníkem, aby svou nemoc mohli úspěšně řešit. A právě zde může docházet k neshodám, kterým lze předejít. Především se jedná o komplikace v komunikaci s pacientem, o které se můžete dočíst v první kapitole.

Každý člověk má potřebu komunikovat. Tato potřeba se řadí mezi ty nejdůležitější pro existenci člověka, pokud na něj budeme pohlížet holistickým přístupem. Komunikace je totiž základním kamenem sociálního života. Především zdravotník jako profesionál a účastník na léčebném procesu nemocného, by měl dokonale ovládat komunikační dovednosti, aby se předešlo k léčebným omylům a devalvací pacienta jako osobnosti. S tím totiž souvisí zhoršení zdravotního stavu.

V druhé části práce, která se zabývá výzkumem, se můžeme dozvědět více o provedených rozhovorech s pacienty s Parkinsonovou chorobou a jejich zkušenostech s komunikací se zdravotnickým personálem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Parkinsonova choroba

„Parkinsonova nemoc není smrtelná, ale život postiženého změní“.

(EPDA,2011, s. 7)

Parkinsonova nemoc (dále PN) je progresivní neurodegenerativní onemocnění. Je charakterizováno převážně problémy s hybností, které označujeme jako *motorické příznaky*. Čtyřmi hlavními syndromy jsou klidový třes, bradykineze, strnulost a nestabilita postoje. Další velmi časté problémy nemají spojitost s hybností a pohybem. Jde například o bolesti, poruchy spánku, nebo deprese – ty označujeme jako *nemotorické příznaky*. Často toto onemocnění zasahuje do zdravotní, sociální a ekonomické oblasti života člověka. Souvisí s postupným zánikem dopaminergních neuronů v oblasti bazálních ganglií. Jak uvádí Roth (2005) na vzniku PN nenese nemocná osoba žádnou vinu. Životní styl, druh práce, stravy atd. není příčinou nemoci. Postup nemoci je obvykle velmi pozvolný. Někdy může trvat mnoho let, než se nemoc rozvine, ale jindy je rozvoj mnohem rychlejší (Společnost Parkinson o. s, 2014; EPDA, 2013; Bonnet, Hergueta, 2012; Růžička a kol. 2004).

1.1.1 Neurobiochemie

Bazální ganglia, která se nacházejí ve středním mozku, mají částečný vliv *na motorické funkce* (kontrolují pohybové schopnosti), *na asociační funkce* (hrají roli v rozumových schopnostech) a *na limbický systém* (hrají roli v emocích). Tato definice přesahuje dřívější pojetí, které bazálním gangliím přisuzovalo pouze motorickou funkci. Zánik neuronů je dílčí, protože se týká pouze některých populací neuronů, konkrétně neuronů struktury zvané *substantia nigra (černé jádro)*, která je součástí bazálních

ganglií. Zajišťuje vstup nervového vzruchu do těchto ganglií a zásobuje striatum (část bazálních ganglií) dopaminem. Hlavní funkcí celého systému je řídit pohyby, zpracovávat motorické informace, které přicházejí z celého mozku. Omezení hybnosti souvisí právě se zánikem neuronů obsahující dopamin v substantia nigra a v dalších postižených zónách (Bonnet, Hergueta, 2012; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

Dopamin je chemická látka, která přirozeně vzniká v mozku. Funguje jako tzv. *neurohormon, neurotransmitter* (přenašeč nervového vzruchu), hraje tedy rozhodující úlohu při zpracování informací, při koordinaci pohybu, bývá spojován s motivací k různým aktivitám. Nemoc se tedy projeví u člověka, jenž ztratil polovinu svých buněk v substantia nigra a zbylé buňky nejsou již schopny vyrobit více než 20 % původního množství dopaminu (Hálová 2007; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

1.1.2 Etiologie nemoci

Příčiny vzniku Parkinsonovy nemoci nejsou doposud známy. Existují však tři základní hypotézy, ale žádná se nedá pokládat za plné vysvětlení. V odborné literatuře je uváděn model exotoxický, ekotoxický a genetický (Růžička, Roth, Kaňovský, 2000).

Exotoxický model předpokládá, že ze zevního prostředí přichází látka či látky, především se jedná o MPTP, která je jedovatá pro buňky tvořící dopamin v bazálních gangliích. MPTP je látka známa chemikům od počátku tohoto století. Můžeme ji nalézt v umělých hnojivech, průmyslových zplodinách atd. Samotná látka MPTP nemoc nezpůsobuje, ale vyvolává stav, který je od PN neodlišitelný. Fakt, že Parkinsonovou chorobou onemocní pouze někteří lidé, se obvykle vysvětluje zvláštní citlivostí některých osob a jejich neschopností odstranit tyto jedy z organismu dříve, než zapůsobí. Další hypotézu vytváří *endotoxický model*, podle kterého se v mozku pacientů vytvářejí v nadbytečném množství látky, které jsou jedovaté pro neurodopaminergní buňky. Je známa řada takovýchto látek, které se objevují v metabolismu mozku a jsou schopny poškodit buňky bazálních ganglií. Nicméně za normálních okolností jsou v rovnováze s látkami, které tomuto poškození zabraňují.

Tento model tvrdí, že pokud dojde k porušení rovnováhy, dojde automaticky k porušení příslušných oblastí mozku, kde se tvoří dopamin, a proto odumírají oblasti zodpovědné za vznik PN. Je známo, že se občas, zhruba do 10 %, Parkinsonova nemoc vyskytuje v rodinách. Důvodem, proč tomuto tak je vysvětluje poslední hypotéza vzniku a to *genetický model*, jenž vznik PN přisuzuje mutaci DNA děděnou autozomálním způsobem přenosu, avšak dodává, že pro vznik nemoci je zapotřebí ještě jiný, získaný faktor. Mezi defekty, které nemoc mohou způsobit se jedná především o poruchu mitochondriální, narušující dýchací řetězec, defekt tvorby některých detoxikačních procesů, aberantní (odchylný) metabolismus železa, bílkovin či dopaminu (Růžička, Roth, Kaňovský, 2000; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

1.1.3 Epidemiologie nemoci

Výskyt Parkinsonovy nemoci v populaci, tzn. prevalence se v Evropě pohybuje mezi 84-187 osob na 100 000 obyvatel, tedy každý tisící člověk trpí PN. Tato nemoc začíná u osob starších 60 let. Odhaduje se, že jen 10 % pacientů s PN je diagnostikována před 50. rokem. Přírůstek nových případů onemocnění, tzn. incidenci, je 5 - 24 osob na 100 000. Lze předpokládat, že se Parkinsonova nemoc vyskytovala i před jejím prvním uceleným popisem v roce 1817. Zda se jednalo v minulosti o vzácné onemocnění, jehož četnost se zvýšila v průběhu 19. a 20. století, lze jen obtížně dokázat. Můžeme pouze vyslovit předpoklad, že na vyšším počtu diagnostikovaných případů se podílí především dožívání se vyššího průměrného věku, zlepšující se znalost symptomů PN, zlepšující se diagnostika a terapeutické možnosti, lepší dostupnost lékařské péče pro širokou veřejnost. Někteří autoři se domnívají, že určitou úlohu mohl mít rozvoj průmyslové revoluce, která začínala ve Velké Británii právě v době působení Jamese Parkinsona a která znamenala mimo jiné také uvolnění řady chemikálií do životního prostředí. Podrobné epidemiologické studie u Parkinsonovy nemoci se prováděly až ve druhé polovině tohoto století. Za tuto dobu nebyl pozorován žádný rozdíl ve výskytu PN podle těchto parametrů: společenská vrstva, etnikum, vzdělání, strava, zaměstnání,

kontakt se zvířaty, očkování, příjem alkoholu, životní standard. Postižení bývají více mužů než žen. Nové vědecké poznatky poukazují na skutečnost, že příbuzní mají zvýšenou možnost vzniku tohoto onemocnění, především je to u osob, u nichž nemoc propukla v mladším věku (do 40 let) a kteří mají více než jednoho obdobně postiženého příbuzného, avšak otázka dědičnosti není jednoznačně vyřešena (Šalátek, 2005; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005; Růžička, Roth, Kaňovský, 2000).

1.1.4 Příznaky Parkinsonovy nemoci

„Některé dny můžete chodit rychle. Některé dny za sebou jen sotva taháte nohy a můžete se přinejlepším belhat“. Hanne, Aalborg, Dánsko
(EPDA, 2011, s. 1)

Jak již bylo na začátku kapitoly řečeno, hlavní příznaky PN jsou u každého člověka jiné. Mohou se měnit ze dne na den, z hodiny na hodinu, dokonce i z minuty na minutu. První obtíže pacientů trpící PN jsou obvykle netypické. Jedná se především o bolesti ramen a zad, pocit tíže končetin, pocity ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, deprese, pocit snížené sexuální výkonnosti atd. Tyto příznaky doprovázejí velmi mnoho onemocnění a nejsou tedy příliš specifické. Proto také literatura hovoří o tzv. *parkinsonském syndromu*, který se projevuje především ztrátou či snížením schopnosti započítí pohybu, dále je přítomna zpomalenost a snížení rozsahu pohybu. Celá spontánnost pohybů je nevýrazná. Je to patrné i na chudé mimice obličeje, řídkém mrkání, tiché monotónní řeči, zmenšování písma apod. Někteří pacienti trpí náhlým přerušением pohybu (tzv. *freezingem*), tj. situací, kdy uprostřed pohybu například při chůzi, najednou ztuhnou a nejsou schopni pohybu ani tam, ani zpět (EPDA, 2011; Puršová, Roth, 2011).

Třes (tremor)

Třes může postihnout ruce i nohy. Obvykle začíná na prstech horní končetiny, je nesymetrický, někdy bývá přirovnán k počítání peněz. (Příloha 1, obr. 1, obr. 2) Vývojem přechází i na druhou stranu těla. Nejvýrazněji se projevuje v klidu a zlepšuje se při provádění nějaké činnosti, ustupuje při volném pohybu a mizí ve spánku. Zvýrazňuje se stresem, únavou, pohybem druhostranné končetiny (Fromentův manévr, Příloha 1, obr. 3). V pokročilém stádiu PN se charakter třesu mění, obvykle přetrvává i při pohybech a může obtěžovat, například, když nemocný jí. Ne každý třes je však příznakem PN, často je chybně diagnostikován takzvaný *esenciální třes*, což je onemocnění, které se neprojevuje klidovým třesem, nýbrž právě při vykonávání nějaké činnosti (EPDA, 2011; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

Ztuhlost (rigidita)

Lidé mohou mít problémy s otáčením se při chůzi, přetáčením v posteli, vstáváním ze židle nebo s jemnými pohyby prstů. Tyto symptomy doprovázejí další příznak PN, čímž je svalová ztuhlost, která se projevuje asymetricky, zvýšením normálního svalového napětí, které je potřebné k pohybu a udržení vzpřímeného postoje. Někteří pacienti tento odpor přirovnávají k pohybům v hluboké vodě. Svalová ztuhlost je velmi nepříjemný příznak znesnadňující normální hybnost a nemocní ji obvykle těžko snášejí (EPDA 2011; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

Zpomalenost (bradykineze)

Zpomalenost se projevuje jako předešlé příznaky, též asymetricky, ale objevují se obtíže při zahájení pohybu, což vede ke zhoršení jemné motoriky; například při zapínání knoflíků u halenky, čištění zubů, zavazování tkaniček, krájení jídla atd. Typické je zmenšování písma při psaní, problémy při provádění více sdružených pohybů najednou. Dále v souvislosti s bradykinezí hovoříme i o *hypokinezi*, což je *zmenšený rozsah pohybů* a *akinezi* jako *neschopnosti započít pohyb*. Tyto projevy mohou nepříjemně komplikovat výkon mnoha činností. Pacienti mají často problém v průběhu chůze vytáhnout kapesník a vysmrkat se, podat ruku druhé osobě při přivítání, v noci nejsou

schopni si dojít na WC, špatně se obrací na lůžku, budí partnera, aby je přikryl. Mírné potíže se mohou v několika sekundách i bez zřejmé závislosti na léčbě proměnit v úplnou akinezi s různou délkou trvání. To se objeví především při zahájení prvního kroku tzv. *hesitací* neboli váháním či v průběhu pohybu v úzkém prostoru. V pokročilých stádiích onemocnění, zvláště při vysazení léčby či nasazení neuroleptik, se stav může zhoršit do tzv. *akinetické krize*. Jedná se o stav naprosté nehybnosti, ohrožující život neschopností příjmu tekutin, potravy, léků, častým vznikem dekubitů (EPDA, 2011; Bonnet, Hergueta, 2012; Růžička a kol., 2004).

Posturální nestabilita a porucha chůze

S postupující Parkinsonovou chorobou se zhoršuje i rovnováha a držení těla. Souvisí s příznaky popsány výše. Posturální nestabilita je charakterizovaná především sehnutým držením trupu, šíje, pokrčením končetin (Příloha 1, obr. 2) a ztrátou synkinezi. U pacientů s pokročilou PN je také typická chůze, která je o drobných, šouravých krůčcích s nejistými pomalými otočkami, *hesitací* a *freezingu*. V klidu nebo při pohybu se objevuje náhlá tendence k pádu bez poruchy vědomí, bez prekolapsových stavů, bez pocitů vertiga, v tomto případě hovoříme o tzv. *pulze*. Tento stav je subjektivně vnímán jako pocit výkyvu těžiště těla dopředu či nazad. Od mírné pulze je obtížné odlišit *festinaci*, tj. kolísání rychlosti chůze, kdy pacient mimoděk urychluje rytmus svých kroků. Ke zkrácení kroku, přešlapování na místě a neschopnosti se opět rozejít dochází obvykle před překážkou. Zajímavé je, že pacientům chůze do schodů a ze schodů nedělá takové obtíže, jako chůze po rovině (EPDA 2011; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

Jiné příznaky Parkinsonovy nemoci

Mezi jiné příznaky PN patří následující motorické příznaky, které vznikají bradykinezi a pomalostí svalů. Jedná se o *poruchy řeči a hlasu neboli hypokinetická dysartrie*, která zahrnuje *slabý*, monotónní, chraplavý, drsný hlas (hypofonie), nadále nepřesná artikulace, snížení rozsahu hlasu (dysprosodie), snížená rychlost mluvy, náhlé zpomalování a zrychlování řeči (dysartrie), koktání, váhání v řeči. Nadále se setkáváme s omezením celkového výrazu obličeje jako je *maskovitý obličej*, což znamená

nedostatečné vyjadřování emocí v mimice a s hypomimií, která je charakterizovaná *ztuhlostí obličeje*, která vzniká především z akineze či hypokineze mimických svalů. Přítomna je snížená frekvence mrkání a někdy hovoříme i o tzv. *Cowperově příznaku*, což je retrakce horního víčka. Tyto příznaky se vyskytují až u 90 % nemocných, ale pouze 3 - 4 % jsou v logopedické péči. Jedná se o poruchy, které byly doposud vnímané jako druhotný problém. Jakmile nastanou komplikace a je nutné se soustředit na více věcí najednou, pacient většinou komunikaci nezvládá. Důležité je také procvičování mimických svalů, kdy dochází k jejich uvolnění. Existují různá cvičení, zaměřující se na procvičení a protažení těchto svalů (Příloha 2), (Puršová, Roth, 2011).

Poruchy písma (mikrografie) se objevuje již v časných stádiích Parkinsonovy nemoci (Příloha 1, obr. 4). Písmo se v průběhu řádek či ke konci jednotlivé řádky viditelně zmenšuje. Občas může dojít i k zárazu pohybu a neschopnosti řádek dokončit. Celý písemný projev trvá neúměrně dlouho. Tento příznak je vysvětlen bradykinezí, třes písma obvykle moc neovlivňuje. *Mimovolní pohyby (dyskineze)* u neléčené PN se vyskytují minimálně. Častěji mohou být přítomny u tzn. *young onset PN* (počátek nemoci před 40. rokem). U této varianty se vyskytuje jako časný příznak onemocnění například grafospasmus (písařská křeč) či akrální dystonie (stahování svalů). V kterémkoliv stadiu se může objevit také myoklonus (krátké záškuby jednoho nebo skupiny svalů), (Růžička a kol., 2004).

Kromě výše popsaných motorických příznaků se na Parkinsonově chorobě podílejí *příznaky nemotorické*, které zahrnují širokou škálu obtíží od *neuropsychiatrických* (jako deprese, zmatenost, apatie, panické ataky, demence, halucinace, obsedantní chování), přes *spánkové* (nadměrná ospalost v denních hodinách, živé sny, spánková apnoe, nespavost, třes v nohou) a *mimovolní* (narušení funkce močového měchýře, pád v důsledku ortostatické hypotenze, potřeba vstávat v noci, hypersexualita a sexuální dysfunkce) až po *gastrointestinální* (nevolnost, zvracení, reflux, fekální inkontinence, zácpa, slintání). Někteří pacienti mají také bolesti, přibírají či hubnou nebo se u nich projeví zraková, sluchová, čichová (až u 90 %) dysfunkce. Nemotorické příznaky jsou do značné míry rozšířené ve všech stádiích a obdobích onemocnění. Mohou si také

vyžádat hospitalizaci, v jejímž důsledku vzrůstá potřeba využívat zdravotní péči (EPDA, 2012).

Všeobecně se sice usuzuje, že nemotorické symptomy nemají dopaminergní základ, nicméně několik málo testů naznačuje, že deprese, třes v nohou, narušení funkce močového měchýře, únavu a zácpu lze zmírnit dopaminergní léčbou. Lidé, u nichž se projeví oslabení kognitivních funkcí, psychóza, nadměrná ospalost v denních hodinách, erektilní dysfunkce a slintání, mohou užívat léky určené pro jednotlivé příznaky. Některé nemotorické příznaky reagují špatně na tradiční léčbu nahrazující dopamin jako je levodopa. Rozpoznání těchto symptomů je tudíž zásadní pro kontrolu Parkinsonovy nemoci a časnější započítí léčby (EPDA, 2011).

1.1.5 Vyšetření a diagnostika

Diagnóza Parkinsonovy nemoci má dlouhodobý dopad na všechny aspekty života dané osoby a její rodiny. Vzhledem ke složitosti onemocnění není v současné době k dispozici žádný jednoduchý test. Klinická diagnóza je vždy nutná a je spojena s odborným klinickým posouzením. Ideálním postupem je, že diagnózu stanoví lékař se specializací a zájmem o Parkinsonovu nemoc, protože je s nemocí lépe obeznámen a má s ní více zkušeností (EPDA, 2012).

Na prvním místě se vyžaduje rozpoznání jednotlivých motorických a nemotorických příznaků, popřípadě dalších, méně specifických. Vzhledem k tomu, že jednotlivé příznaky se skládají do obrazu parkinsonského syndromu, který však kromě PN může být způsobem i jinými příčinami, je nutné pátrat po známkách zpochybňující diagnózu Parkinsonovi nemoci. Potvrzení PN naopak mohou usnadnit některé typické rysy jednotlivých příznaků, charakteristický průběh onemocnění a reakce na dopaminergní léčbu (Růžička a kol., 2004).

Jedním z nejdůležitějších údajů při vyšetření je odběr anamnézy. Nemocný je dotazován na první projev onemocnění, reakci na předchozí dopaminergní léčbu, pokud

proběhla, dále se zjišťují prodělaná onemocnění, rodinná anamnéza (Růžička a kol., 2004).

Vyšetření se kromě běžného neurologického postupu zvláště zaměřuje na specifické projevy, k jejichž přesné charakterizaci klasické neurologické vyšetření nestačí. Vzhledem k již zmíněnému faktu, že Parkinsonova nemoc je progresivní onemocnění, tak k vyhodnocení jeho závažnosti bylo vytvořeno množství stupnic v různých stádiích jejího průběhu. Vyhodnocení pomocí hodnotící stupnice může pomoci všeobecnému praktickému lékaři nebo neurologovi, aby se společně s pacientem rozhodl, kdy je zapotřebí zahájit nebo upravit léčbu příznaků pomocí léků. Nejpoužívanějšími stupnicemi jsou *Jednotná stupnice pro hodnocení Parkinsonovi nemoci - UPDRS* a *Hodnotící stupnice podle Hoehnové a Yahra* (Příloha 3). Hodnotící stupnice jsou povinné při vyhodnocování účinku nových léků na Parkinsonovu nemoc. (EPDA, 2011; EPDA, 2012).

V neposlední řadě je velice důležité vyšetření *reakce na dopaminergní podnět*. Způsob, jakým pacient odpoví na dopaminergní podnět, je rozhodujícím nálezem pro určení diagnózy. Pokud se jedná o toto onemocnění, měla by se dostavit kvalitní motorická odpověď, tj. zlepšení stavu, ústup motorických příznaků. Pokud se stav nemocného nezlepší, zřejmě se nejedná o PN a parkinsonský syndrom je jiného původu. Test dopaminergní odpovědi je důležitý údaj, který zjišťujeme z anamnézy, tedy zda byl pacient již léčen L- DOPA či agonisty dopaminu a jak na léčbu reagoval. Pokud pacient na léčbu reagoval pozitivně, snažíme se zjistit, o jaký lék a dávku se jednalo. Jestliže byla reakce negativní, zjišťujeme okolnosti, protože mohlo dojít k nežádoucím vedlejším účinkům jako je například nauzea, zvracení apod. L-DOPA test je čtyřtýdenní vlastní nasazení léčby, které se provede tak, aby se pokud možno zabránilo vedlejším nežádoucím účinkům. Postupným zvyšováním dávek by se mělo dosáhnout očekávaného efektu zlepšení stavu nemocného. Mezi další vyšetřovací metody užívané nejen při vyšetření Parkinsonovy nemoci, můžeme zařadit klasické zobrazovací, jako jsou MR, SPECT, PET. (Růžička a kol., 2004; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005; Hálková, 2007).

1.1.6 Léčba Parkinsonovy nemoci

Parkinsonovu nemoc nelze vyléčit, lze však dlouhodobě a účinně potlačovat její příznaky, což ovšem vyžaduje holistický přístup zaměřený na pacienta, rozsáhlé posouzení a multidisciplinární postupy. Během posledních let léčba PN velmi pokročila. Výzkum nových léků neustále probíhá v různých částech světa a několik nových léků se právě testuje. Zkoumají se operační možnosti a genové terapie. Možnosti léčby PN se tedy budou postupně zdokonalovat (EPDA, 2013; Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

Léčba neznamena pouze užívání léků, i když mnozí pacienti a lékaři by toto řešení považovali za nejjednodušší. Ve skutečnosti je neúspěšnější takové léčení, které kombinuje léčbu farmakologickou s postupy nefarmakologickými. Léky sice ovlivňují biologický základ chorobných projevů, ale samy o sobě nevedou k návratu ztracených funkčních schopností. Proto jsou nedílnou součástí léčebné péče o pacienta režimová opatření, rehabilitace a logopedie. Nezbytná je podpora rodiny a společnosti, ale také vlastní aktivní postoj nemocného (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

Pokud chceme, aby léčba PN probíhala úspěšně, je nutné si připomenout několik zásad, kterými by se měla řídit. Pacient má právo být lékařem informován o své nemoci v plném rozsahu, léčebné postupy by se měly vytvářet tak, aby se nástup pozdních komplikací, co nejvíce oddálil, strategie léčby by měla být přizpůsobena individuálním okolnostem daného nemocného, každý pacient má právo být léčen lékařem zaměřeným na tuto problematiku. Neméně důležitá informace, kterou uvádí všechna odborná literatura či odborné webové servery zabývající se PN, je, že při léčbě *nesmí pacient dostávat určité skupiny léků* (Příloha 4) a jsou také vytvořena *doporučení pro výkon anestezie* (Příloha 5), (Růžička a kol., 2004).

Farmakologická

Bohatou nabídku přípravků, jež jsou dnes k dispozici pro léčbu PN, lze rozdělit podle jejich účinků takto:

- A) léky tlumící základní příznaky PN (levodopa, agonisté dopaminu),
- B) léky s předpokládanými neuroprotektivními účinky (anticholinergika, inhibitory COMT, amantadin, inhibitory MAO-B(selegilin, rasagilin),
- C) léky ovlivňující vedlejší příznaky komplikace PN (domperidon, antidepresiva, sedativa, anxiolytika, atypická neuroleptika aj.), (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

A) Substituční léčba

LEVODOPA

Objev léčebného účinky levodopy (L- DOPA), lze pokládat za jeden z velkých vynálezů moderní medicíny, který před více než 30 lety způsobil zásadní změnu osudů a kvality života pacientů s Parkinsonovou chorobou. Levodopa je totiž základním lékem PN. Její klíčová úloha v léčbě nadále trvá i přes nová poznání mechanismů onemocnění. Dopaminový deficit nelze kompenzovat přímo podáváním dopaminu, jelikož nepřečká přes hematoencefalickou bariéru. Levodopa, která vzniká z esenciální aminokyseliny zvané tyrosin, na rozdíl od dopaminu proniká snadno z krevního řečiště do mozku, v jehož buňkách pak z levodopy vzniká dopamin. Jako příklad firemních názvů léčiv, se kterými se můžeme ve zdravotnickém zařízení setkat uvádíme například Madopar, Nakom, Isicom (Růžička, Roth, Kaňovský, 2000).

U pacientů s PN potlačuje levodopa základní příznaky (třes, zpomalenost atd.). Jako lék je snášen dobře, pokud se podávána doporučeným způsobem. Jediné onemocnění, při kterém je zakázána je glaukom s uzavřeným úhlem. Zvýšené opatrnosti by měli brát pacienti se srdečním a plicním onemocněním, s chorobou jater, ledvin, žaludku a žláz s vnitřní sekrecí. Při dlouhodobém užívání může levodopa vyvolat

nežádoucí účinky jako je kolísání krevního tlaku, nevolnost, zvracení (Růžička, Roth, Kaňovský, 2000).

Po období rovnováhy, kdy motorika je dobrá v průběhu celého dne se objevuje fáze fluktuací hybnosti a zvrátů. Účinnost léků zůstává optimální, ale má přerušovanou povahu. Během těchto fází, kdy léky ztrácejí účinnost, se mohou objevit motorické a nemotorické příznaky. Fluktuace (výkyvy v pohybech) jsou charakterizovány střídáním motorických stavů. Toto střídání spočívá v odblokovaném stavu „on“ (z ang. zapnutý), kdy účinky léků jsou uspokojivé s malým výskytem příznaků. V zablokovaném stavu „off“ (z ang. vypnutý) se vyskytuje většina či všechny příznaky. Výkyvy v pohybech trpí jeden nemocný ze dvou po 6 letech užívání levodopy. Psychicky je toto období obtížné (Bonnet, Hergueta, 2012).

Pro úspěšnou léčbu levodopou je podstatných několik zásad, které může ovlivnit sám nemocný. Je to dodržování pravidelného dávkování dle časového rozpisu, sledovat svůj stav a informovat lékaře o eventuálním kolísání účinků léků, proto se můžeme setkat s tzv. *Deníkem pacienta* (Příloha 6), kam si do přehledné tabulky nemocný zapisuje změny, které vyzoroval. Je podstatné, kdy se má levodopa užívat. Doporučuje se nalačno (nejméně ¾ h. před jídlem či 1h. po jídle), popřípadě s malým množstvím sacharidů. Jak již bylo dříve napsáno, levodopa je chemicky velice blízká některým bílkovinám, proto dalším doporučením je, aby se lék neužíval současně s pokrmem či nápojem, který obsahuje bílkoviny (jogurt, mléko, máslo...), jelikož léčebný účinek může být slabý či dokonce nulový v souvislosti s mechanismy trávení a vstřebávání bílkovin v organismu (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

AGONISTÉ DOPAMINU

Kromě léčby Parkinsonovy nemoci levodopou, existuje ještě jedna možnost náhrady dopaminu, podávat přípravky, které samy účinkují na příslušné receptory v mozku podobně jako dopamin, jedná se o tzv. agonisty dopaminu. U nás jsou dostupné tyto lékové skupiny: bromokriptin (Parlodel, Medocriptine, Serocryptin), pramipexol (Mirapexin), pergolid (Permax), telurid (Mysalfon) aj. Hlavní využití těchto léčiv je při kolísání stavu hybnosti a u dalších komplikací. Některé studie uvádějí, že

mohou mít i u PN i neuroprotektivní (obránné) účinky. Většinou se s nimi může nemocný či zdravotnický personál setkat při kombinaci s levodopou, protože samostatně užívané vykazují slabší účinky. Zvláštní místo zaujímá Apomorfin (Apokinin), který se nedá užívat per os, pouze s. c, má však neobyčejně rychlý nástup účinku, takže nabízí snadné řešení při akutním řešení hybných komplikací u PN. Výhodou je, že existuje v podobě pera, kterým si sami pacienti mohou potřebnou látku podat. Nevýhodou je, že má krátkou dobu účinku (max. 60min.) (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

B) Kompenzační léčba

ANTICHOLINERGIKA

Tato skupina léků, u nás vyskytující se především trifenidyl (Artane), biperiden (Akineton), benztropin (Apo- benztropin), aj., byla po dobu 100 let, před objevením levodopy, jediným částečně účinným prostředkem léčby PN. Z praktických zkušeností vyplývá, že mají léčebný účinek především u tremoru a rigidity, mohou zlepšit poruchy chůze a stoje a vyhlazovat fluktaci hybnosti. Působení anticholinergik na jiné orgány než na mozek může vést k poruchám močení, poruchám zraku a zažívání, poruchy srdeční činnosti. U starších osob nad 65 let a prokázaným duševním úbytkem (zmatenost, demence, poruchy paměti) se používání nedoporučuje právě z výše popsaných rizik. Při vysazování anticholinergik je nutné postupovat pozvolně (např. 1tbl.\14 dní), protože hrozí závažné zhoršení stavu nemocného (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

INHIBITORY COMT

Účinky inhibitorů COMT se projeví v metabolismu, tak že dojde k odbourání levodopy a dopaminu v celém těle. Touto blokadou dochází k zvýšení levodopy v krvi a tím i v mozku. S tímto cílem byly vyvinuty i inhibitory tolcapon (Tasmar) a entacapon (Comtan). Po entacaponu má moč okrovou barvu (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

AMANTADIN

Tento lék byl původně vyvinut jako protichřipkový. Na jeho příznivé účinky v souvislosti s léčbou PN se přišlo náhodou. Amantadin je podáván u počátečních příznaků onemocnění. Dalším důvodem jeho podání jsou hybné komplikace PN, které umí dobře tlumit. Jako monoterapie je poměrně dobře snášen, ale jeho užívání by mělo být omezeno u osob nad 65 let (s užitím i levodopy), u kterých může dojít k duševním poruchám (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

SELEGILIN

Selegilin (Jumex, Niar) je lék, pomocí kterého dochází k blokaci MAO typu B, což je enzym, který odbourává v mozku dopamin. Při tomto mechanismu léčby by se dalo mluvit o nepřímé úměře - pokud se MAO - B zablokuje, zvýší se množství dopaminu v mozku. V časných stádiích PN je to lék první volby. Jeho užívání se nedoporučuje v pozdějších stádiích nemoci a při srdečních a cévních onemocnění (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

C) Adjuvantní (podpůrná) léčba

DOMPERIDON

Domperidon blokuje receptory pro dopamin ve stěně trávicí trubice, srdci, cévách a centru pro zvracení. Běžně se užívá pro potlačení nežádoucích účinků levodopy agonistů dopaminu, zlepšení činnosti žaludku a střev (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

ANTIDEPRESIVA

Tato veřejnosti známá skupina léků se u léčby PN používá, jelikož tyto léky zvyšují množství neurotransmiterů v mozku. Po podání antidepresiv popisují pacienti pocity „projasnění“, návrat elánu, chuť bojovat s nemocí. Při léčbě antidepresiv se nesmí současně podávat selegilin, pro zvýšené riziko hypertenze a dalších komplikací (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

Neurochirurgická léčba

Chirurgický zákrok má význam pro pacienty se závažným nebo rychle nezhoršujícím vývojem PN, kteří již příznivě nereagují na jiné způsoby léčby, tzv. jsou vyčerpány všechny neinvazivní možnosti léčby (Brožová, 2010).

Hluboká mozková stimulace (DBS, deep brain stimulation) je jedním z moderních operačních metod řešení PN. Principem je trvalá stimulace oblasti mozku, které se dosahuje zavedením tenkých elektrod do mozkové tkáně malým otvorem v lebce, jež vysílají elektrické pulzy o vysoké frekvenci. Směr a hloubka zavedení jehly jsou předem vypočteny na základě CT. Neurostimulátor je implantován na hrudníku pod klíční kostí podobně jako kardiostimulátor a s podkožně vedenými kabely je propojen se zavedenými elektrodami v mozku. Pro úspěch stimulace je důležitá odpověď hlavních příznaků PN na dávku léků s levodopou. Před rozhodnutím o operaci je prováděno také neuropsychické vyšetření, podmínka úspěchu je i výborná spolupráce pacienta a jeho rodiny (Brožová, 2010, Vránová, 2006).

1.2 Komunikace ve zdravotnictví

„Pokud se nenaučíme znovu naslouchat jeden druhému a sdělovat si lidským způsobem své potřeby a pocity, tedy komunikovat, nebudeme moci ani poskytovat kvalitní péči našim pacientům, neboť zdravotnictví není jen o léčbě těla, nýbrž stále častěji i o léčbě duše.“ J. Karešová
(Andrysek, 2011, s. 128)

Pojem komunikace má velice mnoho významů a v odborné literatuře se můžeme setkat s různými definicemi. Hlavním důvodem je fakt, že pro každého může znamenat - komunikovat - něco jiného. Člověk, jako jedinečná a neopakovatelná bytost, jako sociální tvor, se liší od ostatních živočichů tím, že je schopen pomocí řeči, mimikou, gesty, pohyby se dorozumívát a přenášet myšlenky. Dalším důležitým předpokladem pro dobrou komunikaci je také potřeba zajímat se o vlastní komunikování a chtít i umět komunikovat o tom, jak spolu komunikujeme. Zvláště ve zdravotnictví by se dalo někdy hovořit o pasivním způsobu komunikace, který často vede ke konfliktu, což znamená, že ztráta komunikace může ohrozit vztahy v sociální skupině (Kelnarová, Matějková, 2014; Plaňava, 2005; Janáčková, 2009).

Komunikace znamená celoživotní proces učení se. Kolik času věnuje v ordinaci lékař, případně sestra pacientovi a jak s ním oba mluví, totiž značně ovlivňuje kvalitu nově vznikajícího vztahu. Zvláštností komunikace je, že ve své mluvené podobě neexistuje mimo konkrétní účastníky, že probíhá vždy a pouze v jistém čase a prostředí, jedinečných a obtížně opakovatelných situacích a má převážně charakter dialogu. Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. Patří tedy k základní bio-sociální výbavě člověka a liší se svou vyvinutostí, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována. V komunikaci a to především ve zdravotnictví jde o tzv. „*comunicare est multum dare*“ - komunikovat znamená tomu druhému mnoho dávat (Kristová, 2004; Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Janáčková, Weiss, 2008).

1.2.1 Komunikační proces

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma nebo více lidmi. Toto vzájemné působení je ukázkou charakteru komunikace, protože každý ze dvou komunikujících lidí se snaží druhého ovlivňovat, hledat u něj podporu. Základní schéma komunikačního procesu (Příloha 7) vychází z toho, že lidé spolu chtějí hovořit, chtějí si sdělit nejen informace, ale i své vztahy, postoje, nálady. Lidé jsou schopni komunikovat, pokud ovládají určitá pravidla, která se týkají myšlení a jednání související s komunikací. Záleží pouze na každém člověku, zda se jimi bude řídit, bude je dodržovat nebo ignorovat (Zacharová, Šimíčková- Čížková, 2011).

V komunikačním procesu jsou rovnocenně zastoupené jednotlivé složky, které se navzájem prolínají. *Komunikátor* neboli odesílatel, je člověk, který vysílá zprávy jiné osobě anebo sociální skupině. *Komunikant* představuje příjemce, kterému jsou dané informace určeny. *Komuniké* zahrnuje obsah dané zprávy (informace, emoce, myšlenky, potřeby...). *Komunikační kanál* je cesta neboli způsob přenosu informací. Podle toho jestli mezi komunikujícími vzniká či nevzniká přímý kontakt, dělíme komunikační kanál na bezprostřední, který může být verbální, neverbální případně uskutečněn prostřednictvím skutků a činů. Zprostředkovaný komunikační kanál představuje nepřímý kontakt mezi komunikátorem a příjemcem. Nejčastěji se uvádějí telefonický (pomocí signalizačního zařízení či telefonu), písemný, vizuální (oznámení, letáky, brožury, nástěnky apod.), audiovizuální a elektronický (email atd.). Sociální komunikace nespočívá pouze ve výměně informace. To by bylo nedostačující. Komunikačním procesu má nezastupitelnou úlohu i *zpětná vazba*, která umožňuje smysluplnou komunikaci, pomocí ní zjišťujeme, zda komunikant dané zprávě rozuměl. Komunikace bude probíhat lehce v prostředí bez rušivých prvků neboli *komunikačních šumů*, které někdy nelze celkem eliminovat, ale je důležité odstranit je alespoň do určité míry. Literatura je rozděluje na *mechanické* (šum, hluk, teplota, vítr, špatné osvětlení), *psychické* (emocionální vztah, mentální vztahy, spěch, IQ, únava), *fyzické* (bolest, nedoslýchavost), *sémantické* (rozdíly významu, důvodem může být odlišnost jazyka či

dialektu, používání žargonu, příliš složitých termínů, dvojjazyčné či abstraktní významy), (De Vito, 2008; Kristová, 2004).

1.2.2 Profesionální komunikace

Komunikovat ve zdravotnictví neznamena pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí zdraví a mnohdy i život. A právě proto bychom měli vždy vědět, CO chceme říci, a měli bychom se vždy umět rozhodnout, KDY, KDE a JAK informaci nejlépe podat (Janáčková, Weiss, 2008).

Venglářová a Mahrová (2006) rozdělují v praxi tři druhy profesionální komunikace. O *sociální komunikaci* hovoříme při běžném hovoru, kontaktu s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Člověk, který má omezenou možnost sociálních kontaktů, pozitivně vnímá možnost hovoru s dalšími lidmi, u zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetřování. Situace, které jsou dobré pro rozvoj sociální komunikace může být například úprava lůžka nebo pomoc při jídle či hygieně. Oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně atd. nazýváme *specifickou komunikací*. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr je třeba si ověřit, zda nemocný sdělení rozuměl a akceptuje ho. *Terapeutická komunikace* se často odehrává formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích, přijímání nepříjemných skutečností. Terapeutický rozhovor má za cíl zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů (Zacharová, Hermannová, Šrámková, 2007).

Požadavky na lékaře a ostatní zdravotnický personál vycházejí z oprávněného předpokladu, že součástí jejich profesionální výbavy jsou též základní komunikační dovednosti. Ty by však neměly být považovány za něco automaticky daného. Řadí se mezi dovednosti, které je možno, ale i nutno rozvíjet po celý život. Pro zdravotníka je nutné umět a vědět, jak nejlépe komunikovat s pacienty, když jsou rozrušeni,

rozzlobení, sklíčení nebo mají při komunikaci fyzické či psychické obtíže. Odborné komunikační dovednosti patří mezi ty nejdůležitější, vyžadují jen trochu času a angažovanosti (Kelnarová, Matějková, 2014).

U některých nemocí je komunikaci připisován velmi významný vliv, dokonce může být rozhodující na stabilizaci stavu nemocného. Vybíral (2005) uvádí charakteristiky zdravé komunikace: bezprostřední reakce (komunikující reaguje ihned, nečeká s odpovědí), kognitivní přizpůsobování (přizpůsobit se slovníku toho druhého), zájem o druhého, reciprocita (neskákat do řeči), humor, podpora dalšího vývoje, uvolnění...(Vybíral, 2005).

1.2.3 Osobnost zdravotníka

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce je nemocný člověk. Bylo prokázáno, že vztahy mezi zdravotníkem a nemocným jsou silně závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným může zabránit mnohým konfliktním situacím. K výkonu funkce zdravotníka jsou nezbytné určité osobnostní předpoklady, a to například: *tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, dostatečná kritičnost a sebekritičnost, dávka empatie, porozumění problémům nemocných, klidné vystupování, trpělivost, humánní vztah k nemocnému, vyrovnaná osobnost, hodnotová orientace*. Profesní psychická deformace s sebou nese důsledky, které mohou nepřímo ovlivnit diagnosticko - terapeutický proces nemocného (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

- Vztah nemocný - lékař

Vztah nemocného k lékaři je často složitý a plný rozporů. Pacient vzhlíží ke zdravotníkovi, obzvlášť k lékaři, s důvěrou i nedůvěrou. Na jedné straně věří, že mu zdravotník chce pomoci, že se o něj postará. Na straně druhé vzniká strach a vědomí, že není zasvěcen do všeho, co lékař myslí a koná. Při vytváření správného vztahu mezi

lékařem a nemocným se podílí celá řada okolností jako jsou: předešlé léčebné zážitky nemocného, aktuální psychický stav nemocného, první dojem, dodržování společenských norem, umožnění psychické ventilace stesků a potíží, získání důvěry nemocného, tolerantní přístup (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

- Vztah nemocný – sestra

Od sestry se očekává, že vedle řady činností, které vykonává v souvislosti s nemocným, unese fyzické nároky na svou profesi a dokáže se vypořádat s ostatními problémy, které tato profese obnáší. Zásady chování sester vycházejí z principů přijatých Mezinárodní radou sester a jsou obsaženy v Etickém kodexu zdravotních sester a ošetřovatelek. Mezi základní povinnosti sestry řadíme podporu zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. K tomu, aby mohla sestra plnit úspěšně svoji roli je zapotřebí realizovat tři důležité principy jako je kolektivní *orientace* (sestra vychází z potřeb nemocného a upřednostňuje je před těmi svými), *univerzalizmus* (chová se ke všem pacientům stejně), *emocionální neutralita* (sestra je schopna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole). Sestra by měla být v očích nemocným vždy člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci. Nemocný totiž sestru vnímá jako člověka, který poskytuje oporu a porozumění, prostředníka mezi lékařem a nemocným, objekt snižující napětí mezi lékařem a nemocným, člena zdravotnického týmu, uklidňující prvek pečující o emocionální stav nemocného (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

1.2.4 Druhy komunikace

Verbální komunikace

Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Podle různých hledisek ji dělíme na přímou nebo zprostředkovanou, mluvenou či psanou, živou nebo reprodukovanou. Je důležité vědět, že při jakékoli komunikaci je význam slov vždy dotvářen i neverbálními prostředky a tónem řeči. Mluvení lze definovat jako

vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí konkrétním jazykem. Řeč je schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem (Janáčková, Weiss, 2008; Mikuláščík, 2010).

Pacienti mohou mít nejrůznější potřeby komunikace. Potřebují radu, ujištění, konzultaci nebo společenský kontakt. Při komunikaci je třeba chápat vnitřní zkušenosti druhého člověka. Slovní zásoba se s věkem stále rozšiřuje. Lidská řeč je základní vlastností vývojového pochodu. Různá slova mohou skrývat mnoho významů. Naše mysl vnímá svět jako řadu obrazů složeného z mnoho částí. Jednotlivé části pojmenováváme slovy. Ty mají konkrétní podobu. Verbální dovednosti si cvičíme celý život. Společným cílem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení spokojenosti pacientů. Na dosažení kvalitní komunikace je potřebné respektovat některé požadavky: individuální přístup, úcta k pacientovi, empatie a pozitivní vztah k pacientovi (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu paralingvistických prvků. Paralingvistika představuje přechod od neverbální komunikace k verbální. Zesiluje či zeslabuje obsah sdělení, zpochybňuje ho či potvrzuje (Lemon 2, 1997; Linhartová, 2007).

Rychlost řeči, která je úměrná naší znalosti tématu, nemusí být stejná u posluchače. Také může zakrývat nejistotu, potřebu mít hovor rychle za sebou nebo obavu, že ho ten druhý nenechá domluvit. Hlasitost je rozdílná podle povahy sdělení. Zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně, budí představu o nadvládě nad publikem. Nemocní ztiší hlas při hovoru na intimní či nepříjemné téma, při obavách a nejistotách. Pomlky nebo úplné přerušování hovoru může mít různé příčiny. Může se jednat i o prostor pro přemýšlení, odpočinek, který nemocný dostává. Mlčet neznamená nutně nemít co říci. Jak píše Plaňava (2005) „*v pohodě a souladu spolu umět mlčet – to je jak významná komunikační dovednost, tak i výraz toho, že na tom jsme dobře a jsme spolu zadobře.*“ Výška hlasu bývá odrazem emocí. Každý má určitou polohu hlasu, která mu je vlastní. Mějme na paměti, že vyšší tóny mohou působit teatrálně a nepříjemně. Význam sdělení podtrhuje intonace. Může být naším pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení, naléhavosti. Mění význam sdělovaného (Venglářová, Mahrová, 2006).

Druhou stránku projevu je, že si musíme uvědomit, jakým způsobem s nemocným komunikujeme. Literatura uvádí několik kritérií pro dobrou verbální komunikaci. *Jednoduchost* – sdělení musí být stručné, jasné. Používáme běžné slovní obraty. Především zdravotník by si měl dávat pozor, aby ve svém projevu používal co nejméně odborné terminologie, což může mít za následek nepochopení, proto je zapotřebí si vždy ověřit, zda nemocný porozuměl sdělovanému. *Stručnost* – stručná informace působí profesionálně. V situaci, kdy je člověk nemocný, má tělesné obtíže, obavy je citlivý na čas. Zbytečné okliky vzbuzují nedůvěru, zda mluvčí vůbec ví, o čem mluví. Po stručném sdělení je podstatné nechat prostor pro dotazy. Použití zkratk je nepřijatelné a může vést k nepochopení. Pacient nemusí znát ve zdravotnictví běžně používané zkratky (například: céte = CT). Při komunikaci s nemocným musíme jasně *vyjádřit podstatu* věci, tzn., že musíme dbát na zřetelnost. Problémem může být dvojsmyslná sdělení (odchod x úmrtí), osobní názor (to vás nemůže bolet), zobecnění (každý s třesem trpí Parkinsonovou nemocí). Při přípravě na rozhovor je nutné zvážit *správné načasování*, které je důležité zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, dostatek času a nerušený prostor. Přizpůsobivost čili adaptabilita hovoru reakcím nemocného je nutností, abychom mohli sledovat jeho odpovědi a všimli si jeho neverbálních projevů (Špatenková, Králová, 2009).

Neverbální komunikace

Neverbální (nonverbální) komunikace se uskutečňuje pomocí mimoslovních prostředků. Verbální projev si člověk může uvědomovat, rozvíjet ho a směřovat ho určitým způsobem. Neverbální signály si však obvykle neuvědomujeme a ani je nekontrolujeme. Tento druh komunikace může probíhat, aniž by se komunikující slovně rušili a řadí se mezi nejpůvodnější způsob sociálního chování. Tvoří opticko – kinetický (zrakově-pohybový; souvisí se zrakem a pohybem) systém znaků. Mimoslovně sdělujeme emoce, zájem, projevem ovlivňujeme chování druhých, sdělujeme, kdo jsme. V rámci celé sociální komunikace tvoří zhruba 60 % (Kristová, 2004).

Neverbální projevy jsou členěny do různých kategorií. Autorem nejčastěji používaného členění je Křivohlavý, který uvádí, že neverbální komunikace obsahuje

komponenty v závislosti na jednotlivých částech těla, které zaujímají určitou polohu či vykonávají určitý pohyb. Autor zdůrazňuje, že jde o to, co si sdělujeme mimikou, proxemikou, haptikou, posturologií, kinetikou a gesty. Podle výzkumů jsou základní gesta a mimika stejné pro všechny lidi na planetě (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Mimikou rozumíme projev pomocí mimických svalů, díky kterým sdělujeme odraz emocí, vyjádření instrumentálních pohybů (výraz obličeje při kýchnutí), sdělení kulturních gest (úsměv, mrknutí...). Někteří výzkumníci tvrdí, že mimikou dokáže člověk vyjádřit nejméně osm následující emocí: štěstí, strach, překvapení, smutek, odpor, hněv, zájem a opovržení. V mimice rozlišujeme, tzv. mimické zóny: čelo, oči, uši, nos, ústa a bradu. Za nejméně výraznější neverbální projev považujeme smích a pláč, jsou nejen výrazem emocionálního stavu, ale mají také symbolický a komunikační charakter (De Vito, 2008; Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Proxemiku, která je odvozena od latinského *proximitas* – blízkost, lze chápat jako vědu o podvědomém členění vlastního prostoru a následným, dodržování jeho hranic. Jinými slovy jde o fyzickou vzdálenost člověka od člověka. Konkrétní vzdálenosti jsou individuální. V praxi rozlišujeme čtyři zóny. *Intimní zóna* je určena od 10 do 30 cm. Zdravotník často v rámci svých činností do této zóny zasahuje, proto by měl mít na zřeteli, že pro pacienta, tento zásah není běžný a je třeba mu vysvětlit, proč se tomu tak děje. Ideální zóna pro rozhovor je *osobní*, která je brána od 30 do 120 cm, jelikož se při ní lehce udrží oční kontakt, lze sledovat další neverbální projevy a vzhledem k tomu, že je to vzdálenost na délku horní končetiny, může zdravotník případně využít i haptický kontakt. *Sociální (společenská) zóna* (120 – 360 cm) se uplatňuje spíše při komunikaci s více pacienty, zde může komunikace probíhat normálně, ale pacient ji může vnímat jako určitý sociální odstup. Poslední je *veřejná*, která je od cca 3,6m, která se v rámci komunikace s pacientem neuplatňuje (Kristová, 2004; Linhartová, 2007).

Pomocí haptiky neboli doteku vnímáme, poznáváme, sdělujeme, hladíme, soucítíme, ale i trestáme. Dotek může být příjemný či nepříjemný a lze ho brát jako projev přátelství nebo nepřátelství. Umění dotyku není samozřejmostí, protože může vyvolat pozitivní prožitek, ale i rozpaky, nejistotu a odpudivost. Podání ruky je

významný zdrojem informací o člověku, při tomto kontaktu pomocí kožních smyslů snímáme tlak, chvění, vlhkost, teplo, chlad a bolest. Dotek je ve vztahu pacient – zdravotník velice důležitý a může mít i mnoho významů (Janáčková, 2009).

Posturologie je řeč fyzických postojů, držení a polohy těla. Poloha, kterou člověk zaujímá, do určité míry vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem něj děje. Mezi posturologické prvky řadíme polohy končetin, hlavy a naklonění těla. Především u pacientů s Parkinsonovou chorobou se význam klasické posturologie mění, neboť jejich držení a postoj, ne vždy vyjadřuje určitou řeč těla vyjádřenou jimi samými, nicméně za ně promlouvá jejich nemoc (Kristová, 2004).

Sledování a analýzu různých pohybů těla a jeho částí nazýváme kinetikou, která se zabývá rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí a kongruencí (shodností) pohybu. Lidé s Parkinsonovou nemocí mají často problém s dynamikou pohybů, čemuž lze rozumět jako střídání pohybů části těla, kdy u nemocných dochází ke freezingu (zamrznutí pohybu) a dále s rytmikou, která představuje určitý rytmus pohybů těla. Ve zdravotnické péči pohyby signalizují zlepšení či zhoršení stavu pacienta (Plaňava, 2005).

Neopomenutelný význam mají gesta, která mohou dokonce zcela nahradit verbální sdělení. Běžně se používají při popisování tvaru, velikost apod., aby si druhý aktér komunikace dokázal lépe představit, co je mu sdělováno. Kromě zažitých gest však lidé používají gesta, která si neuvědomují, a proto mohou o člověku mnohé prozradit (Špatenková, Králová, 2009).

1.2.5 Bariéry komunikace

Každý, kdo chce komunikovat, se občas setkává s problémy, které mu ji komplikují. Uvědomit si překážku, bariéru je prvním krokem k tomu, abychom je překovávali a dokázali se s nimi vyrovnat. Komunikační bariéry jsou buď *interní*, kdy jsou dány nějakými osobnostními problémy komunikujícího a *externí*, které se objevují jako nějaký rušivý element. Nejčastější vnitřní (interní) bariérou je obava neúspěchu,

což se může projevit chvěním hlasu, sníženou kontrolou stylistiky projevu. Překážkami osobního rázu se rozumí zlost, špatná nálada, případně určité postoje v podobě xenofobie, neúcty, odporu, povýšenectví. Mikuláščík (2010) dále uvádí: nepřipravenost na komunikování, fyzické nepohodlí, odlišná mluva, používání odborné terminologie, nesoustředěnost na osobu, s níž komunikujeme a v neposlední řadě stereotypizace, což znamená zařazování, v tomto případě pacienta, do určité kategorie, podle které mu připisujeme i další vlastnosti a podle toho s ním jednáme. Mezi externí bariéry řadíme nezvyklé prostředí jako je nemocnice případně dané odd., hluk, vizuální rozptylování, vyrušování někým třetím (DeVito, 2008).

1.2.6 Zásady komunikace s pacientem

Neexistují žádné specifické zásady, které jsou doporučovány při komunikaci s pacientem s Parkinsonovou nemocí. Nicméně když přihlédneme na projevy nemocného, které schopnost kvalitní komunikaci snižují, je možné z různých odborných zdrojů sestavit určité body, jak s ním správně komunikovat.

- Buďte slušní a trpěliví.
- Respektujte pacientovo soukromí, komfort, důstojnost.
- Nenuťte pacienta do komunikace.
- Sledujte pacientovy reakce.
- Dopřejte mu dostatek času.
- Používejte dostatek neverbální komunikace (dotek, úsměv...).
- Pochvalte a oceňte pacientovu snahu.
- Používejte laskavý humor.
- Neopakujte po pacientovi špatně artikulovaná slova.
- Neodhadujte význam začatého slova.
- Dobře formulujte otázky na které je odpověď ano\ne.
- Udržujte oční kontakt.
- Dbejte na správnost medikace, na čas podávání léku.

- Informujte se o jeho aktuálním stavu.
- Berte pacienta jako sobě rovného.
- Zvolte takovou komunikaci, která je vhodná k aktuálnímu stavu pacienta.
- Mluvte srozumitelně, používejte spisovný jazyk.
- Komunikujte s pacientem nikoliv s jeho doprovodem.
- Vysvětľujete, co se bude dělat, co po pacientovi požadujete.
- Zjistěte, které bariery, by mohly bránit jeho pohybu a odstraňte je z místnosti.
- Informujte se, jak je pacient soběstačný (najíst se, nakrájet jídlo).
- Nezapomínejte používat obecné zásady, které platí pro verbální a neverbální komunikaci. (Linhartová, 2007; Ptáček, Bartůněk, 2011; Špatenková, Králová, 2009)

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tato bakalářská práce je zaměřena na komunikaci pacienta s Parkinsonovou chorobou a zdravotníkem.

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit současný stav komunikace zdravotníků s pacienty s Parkinsonovou chorobou.

Cíl 2: Zjistit, jaké komunikační problémy mají pacienti s Parkinsonovou chorobou při kontaktu se zdravotníky.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak probíhá komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem s Parkinsonovou chorobou?

Výzkumná otázka 2: Jaké problémy v komunikaci se vyskytují při komunikaci zdravotníka s pacientem s Parkinsonovou chorobou?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl prováděn metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru, který byl vytvořen po získání informací z odborné literatury. Výzkum byl prováděn s pacienty s Parkinsonovou chorobou. Od těchto osob jsem předem získala souhlas s výzkumem.

Na začátku šetření, které se konalo v březnu 2016 na různých místech dle možností jednotlivých respondentů, byli všichni dotazováni informováni o anonymitě výzkumu a o využití získaných informací pouze za účelem vypracování této bakalářské práce.

V průběhu některých rozhovorů bylo potřeba respondentům ujasnit význam otázky popřípadě respondenta směřovat na jasnou odpověď na danou otázku. Otázky rozhovoru (Příloha 8) byly zaměřeny na to, jak s dotazovanými komunikuje či komunikoval zdravotnický personál, a to především lékař a sestra; kde shledávají největší problémy v komunikaci a jaká navrhuje řešení na zlepšení. U každého respondenta se doba rozhovoru lišila s ohledem na jeho časové možnosti, zkušenosti s komunikací se zdravotnickým personálem atd.

Výsledky rozhovorů byly po transkripci podrobeny analýze, kódování bylo prováděnou technikou tužka - papír, poté byly data zařazeny do kategorií a do jednotlivých podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořili pacienti s Parkinsonovou chorobou. Celkem bylo dotazováno deset pacientů, z nich tři nebyli členy klubu parkinsoniků, sedm respondentů bylo aktivními členy klubů Společnost Parkinson o. s.

Povolení provést výzkumné šetření mi odsouhlasila Ing. Šindelářová – předsedkyně klubu v Českých Budějovicích, další respondenti byli písemně popřípadě telefonicky požádáni o souhlas s výzkumným rozhovorem. Všichni oslovení nakonec souhlasili.

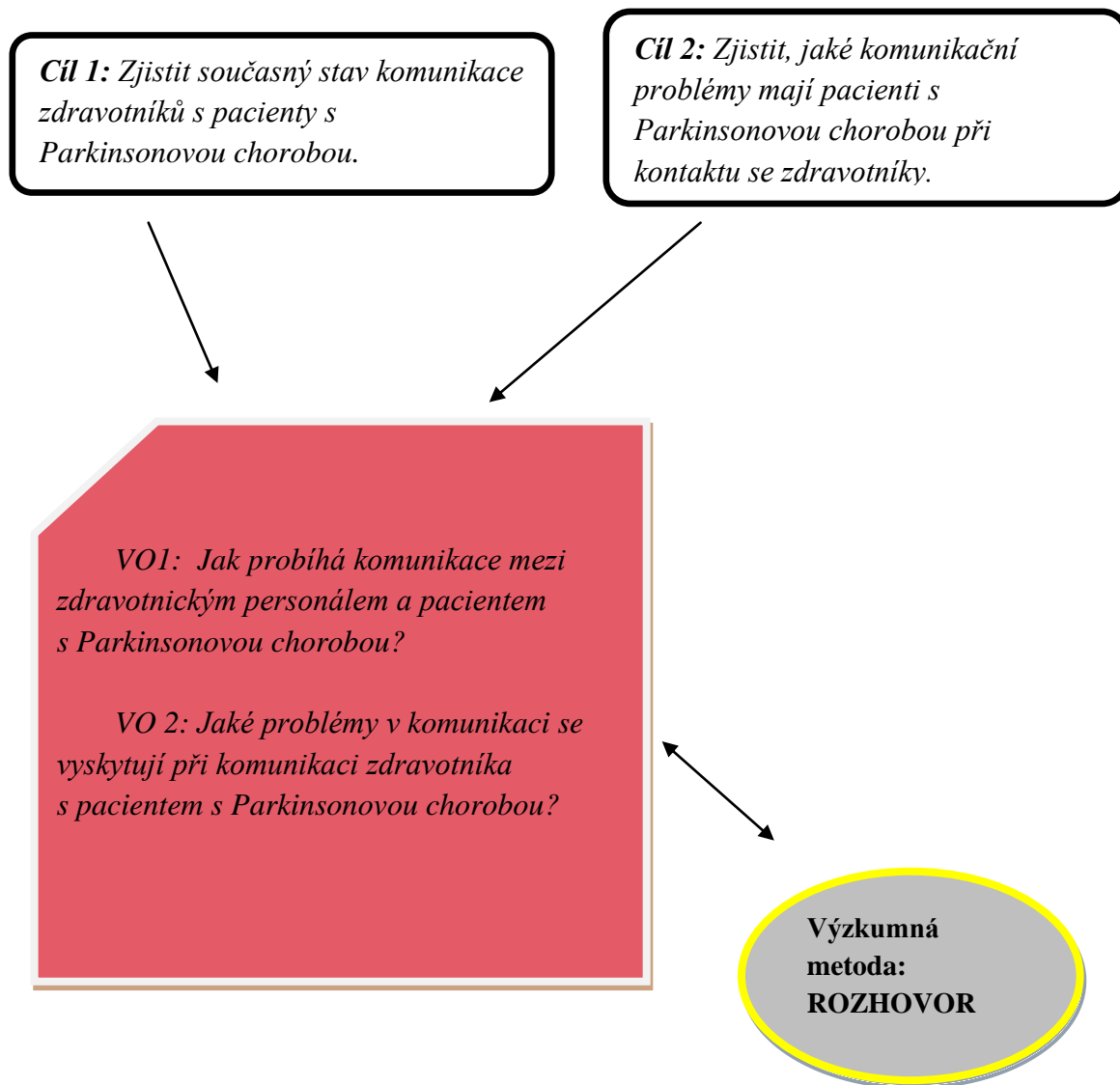
Oslovení respondenti byli velice ochotní vést rozhovor a oceňovali, že se této problematice a Parkinsonově nemoci ve své bakalářské práci věnuji. Pro lepší přehlednost byla utvořena Tabulka 1, zde můžeme nalézt identifikační údaje pacientů.

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientů

Respondent	Věk	Pohlaví	Doba trvání Parkinsonovy nemoci
P1	75 let	žena	20 let
P2	61 let	muž	10 let
P3	67 let	žena	16 let
P4	71 let	muž	4 roky
P5	54 let	žena	7 let
P6	76 let	žena	10 let
P7	72 let	muž	19 let
P8	71 let	muž	8 let
P9	80 let	muž	16 let
P10	65 let	žena	13 let

Tabulka 1 obsahuje identifikační údaje pacientů. Soubor tvořilo celkem deset respondentů označovaných v tabulce písmenem P (= pacientů), kteří byli ve věkovém rozpětí od 54 do 80 let, z toho pět žen a pět mužů. Délka trvání Parkinsonovy nemoci se u respondentů pohybovala od 4 let do 20 let.

Schéma 1 Grafické znázornění výzkumu



4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola se zabývá výsledky, které vyplynuly z výzkumného šetření. Vše je uspořádáno do přehledných schémat, která jsou tvořena jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi, které vznikly po analýze rozhovorů s pacienty. Grafické uspořádání vzniklo za pomoci programu Tvary Microsoft Office Word 2007.

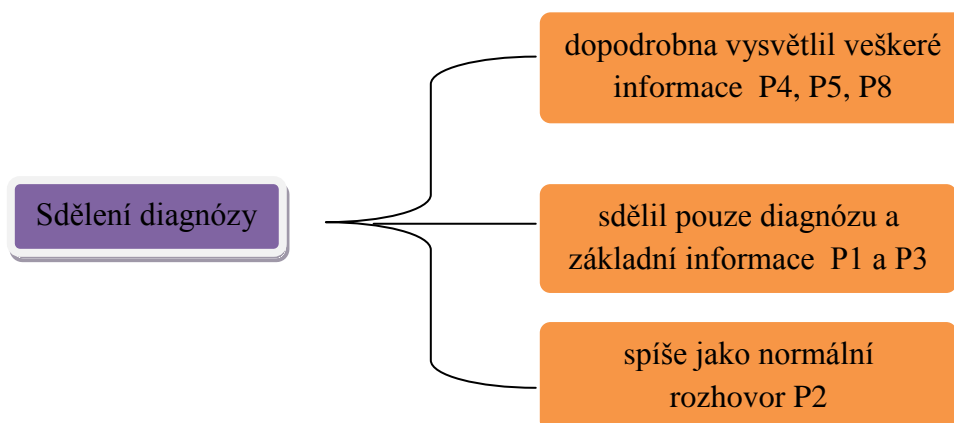
4.1 Kategorie 1 – Komunikace mezi pacientem a lékařem

Kategorie 1 nám přiblíží vztah mezi lékařem a pacientem a jejich vzájemnou komunikaci z pohledu pacienta. Pro hlubší analýzu je kategorie rozdělena ještě do následujících dvou podkategorií, která obsahují schémata 2 a 3:

- Sdělení diagnózy pacientovi
- Vyhrazený čas pro komunikaci

4.1.1. Podkategorie - Sdělení diagnózy pacientovi

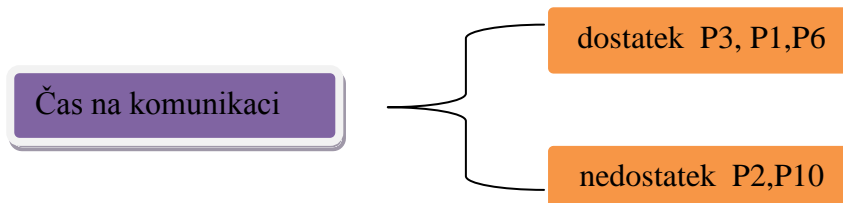
Schéma 2 – Sdělení diagnózy



V podkategorii Sdělení diagnózy pacientovi byli pacienti dotazováni, jakou formou a jakým rozsahem, jim byla sdělena diagnóza Parkinsonovy choroby ze strany lékaře. Někteří pacienti (P4, P5, P8) se shodují, že jim lékař onemocnění a následnou léčbu vysvětlil dopodrobna a dostatečně. Po rozhovoru s lékařem nabyli dojmu, že jsou dostatečně informováni. Pacientka P5 říká: „*Moje paní doktorka mi potom dala dvě brožurky, které se týkali Parkinsona...že si je mám doma pročíst a kdybych něčemu nerozuměla, tak si to mám napsat na papír a příště, že to probereme...to základní mi už řekla, ale protože doma mám víc klidu a čas, třeba mě něco ještě k tomu napadne ...takže jsem moc ráda, že mám takovouto doktorku...je vidět, že má o mě zájem.*“. S opačným chováním ze strany lékaře se setkali dva pacienti (P1, P3), kdy jim lékař pouze sdělil diagnózu a základní informace. Zkušenost pacientky P1 je tato: „*Jak mi sdělil diagnózu? No řekl mi, že mám Parkinsona. Nějak to neřešil. Taky to bylo před dvaceti lety, teď už je ta medicína jinde. I na to chování doktorů se lidi dívají jinak, víte, co myslím...že když se jim něco nelíbí, tak na doktora podají žalobu...já jsem věděla, že mám Parkinsona...v tomhle záležitosti asi na lidech, já jsem ani více informací nepotřebovala.*“ Pacient P7 dodává „*On je taky problém sehnat neurologa, který je specialista na Parkinsonovu nemoc...znáte Rotha? Ten se Parkinsonem zabývá, jenže to víte, já už jsem starší a mít doktora až v Praze je o hubu, když se mi něco stane nebo budu potřebovat napsat prášky, komu v Budějovicích řeknu?...*“. Pacient P2 hodnotí sdělení diagnózy jako normální rozhovor s lékařem, který mu řekl základní informace. Když něčemu nerozuměl, tak se ho optal a lékař mu ochotně odpověděl na jeho dotazy.

4.1.2. Podkategorie - Vyhrazený čas pro komunikaci s pacientem

Schéma 3 – Čas na komunikaci



V této podkategorii Vyhrazený čas pro komunikaci s pacientem byli respondenti dotazováni, zda má jejich lékař dostatek času na rozhovor, vysvětlení dané informace

při návštěvě v ordinaci. Patientky (P3, P1, P6) se shodují, že jim jejich lékař\ka vše v klidu vysvětlí, zeptá se, jak se mají, na jejich rodinu, doporučí přednášky atd. Opačného názoru je pacient P2, který hodnotí svého lékaře jako neustále spěchajícího člověka. Patientce P10 někdy připadá, že její lékař bere kontrolu jako rutinu a že by nejraději slyšel, že je vše v pořádku. Když si na poslední kontrole stěžovala, že zdražují léky, neměl vůbec zájem se o tomto tématu dále bavit ani vyjádřit svůj názor.

4.2 Kategorie 2 – Komunikace mezi pacientem a sestrou

Tato kategorie nám má podobně jako kategorie 1 přiblížit vztah zdravotníka a pacienta, v tomto případě jde o komunikaci mezi sestrou a pacientem. Kategorie rozdělena do 3 podkategorií:

- Komunikace sestry s pacientem
- Projevení empatie
- Vnímání sestry

4.2.1 Podkategorie - Komunikace sestry s pacientem

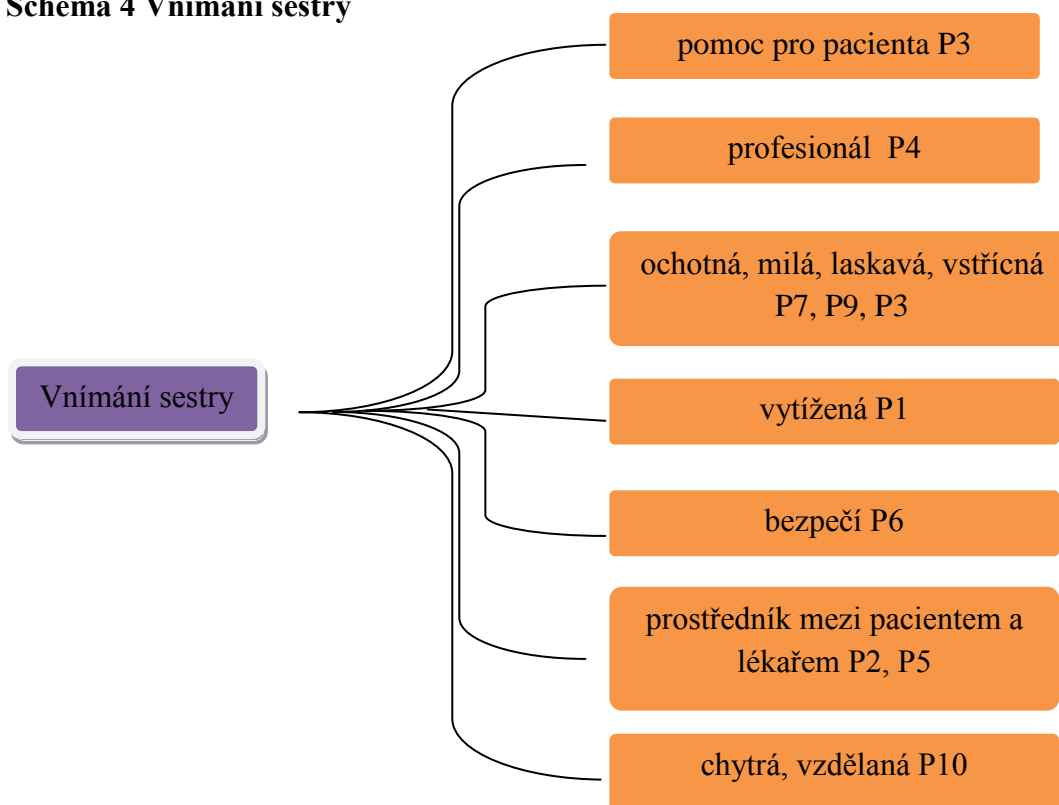
V této podkategorii jsme se zaměřili na komunikaci mezi pacientem a sestrou. Názory pacientů se lišily v souvislosti s jejich dosavadními zkušenostmi. Většina pacientů se však shodla, že komunikace se sestrou je individuální a velkou roli v ní hraje osobnost a momentální nálada dané sestry. Někteří pacienti (P1, P6, P8) byli velice spokojeni se sestrami na ortopedickém odd. Nemocnice v Českých Budějovicích a.s, kdy jim sestry vyhověli v souvislostech s časem braní antiparkinsonik. Naopak pacient P9 byl velice nespokojený na jednom oddělení, které nechtěl jmenovat, kdy mu léky sestry přinášeli později, přestože je upozorňoval na důležitost dodržování času jejich braní. Tuto situaci řešil následovně: „*Musel jsem zavolat ženě, aby mi dovezla moje léky, co jsem měl ještě doma...v nemocnici jsem si je bral sám tak, jak jsem měl od neurologa určený...a od té doby jsem se poučil a léky už při příjmu, neodevzdávám...vždyť by ze mě příště mohli udělat ležáka.*“

4.2.2 Podkategorie - Projevení empatie

V této podkategorii pacienti odpovídali různě. Pacienti projev empatie ze strany sestry vnímali podle svého momentálního stavu, ve kterém se nacházeli. Do odpovědí se promítaly i jejich aktuální potřeby. Pacient P6 uvádí, že když byl hospitalizovaný v nemocnici, tak mu stačilo, že se na něho sestra, i když byla zrovna u jiného pacienta, usmála či s ním prohodila pár vět. Pacient vnímal, že není přehlížen. Pacient P2 říká, že je rád, že mu sestra ještě ochotně a smysluplně dovysvětlí, i když to není její povinnost, co lékař (pozn. neurolog při kontrole) svým sdělením myslel. Pacientka P10 bere jako projev empatie to, že mu sestra u jeho neurologa poradí, kde zaplatí v lékárně menší poplatek za léky.

4.2.3 Podkategorie – Vnímání sestry pacientem

Schéma 4 Vnímání sestry



Tato podkategorie s názvem Vnímání sestry nám má odkrýt, jakým způsobem se respondenti dívají na sestru. Pacientka P3 vnímá sestru jako pečovatele: „*Když jsem ležela na kardiologii, líbilo se mi, že se mě sestřičky stále ptali, zda něco nepotřebuji...a vždy mi ochotně pomohly.*“ Pacient P4 vnímá sestru jako profesionála, který toho musí hodně zvládat a je si jistý prací, kterou vykonává. Další respondenti (P7, P9, P3) hodnotí svůj pohled na sestru jako na ochotnou, milou, laskavou a vstříchnou osobu, která jim svými vlastnostmi ulehčuje průběh hospitalizace a přispívá k procesu uzdravení. Pacientka P1 vnímá sestru jako vyčerpávanou, která má hodně práce, ať už se jedná o různé výkony praktické nebo o dokumentaci: „*Myslím si, že jsou ty sestřičky hodně přetěžované, že toho musí za tu službu hodně zvládnout...už to není práce, jako byla dřív. Zrovna nedávno jsme se o tom bavily s mojí sestrou, která byla taky zdravotní sestřička, ale teď už je 15let v důchodě...*“ Jako určitý pocit bezpečí vnímá sestru pacientka P6: „*Když nad tím tak přemýšlím, tak sestru vnímám jako někoho, kdo si mě všimne, když bych upadla (pozn. na odd. - například na chodbě atd.) či mi nebude dobře... a že ví, jak se o mě postarat.*“ Pacienti P2 a P5 se shodují, že vnímají sestru jako prostředníka mezi pacientem a lékařem, kdy sestra "přeloží" pacientovi lékařova slova nebo naopak sděluje přání pacienta lékaři. Pacientka P10 vnímá sestru jako chytrou a vzdělanou, jelikož musí studovat na VŠ. Jinak dle jejích slov, by povolání sestry nemohla vykonávat.

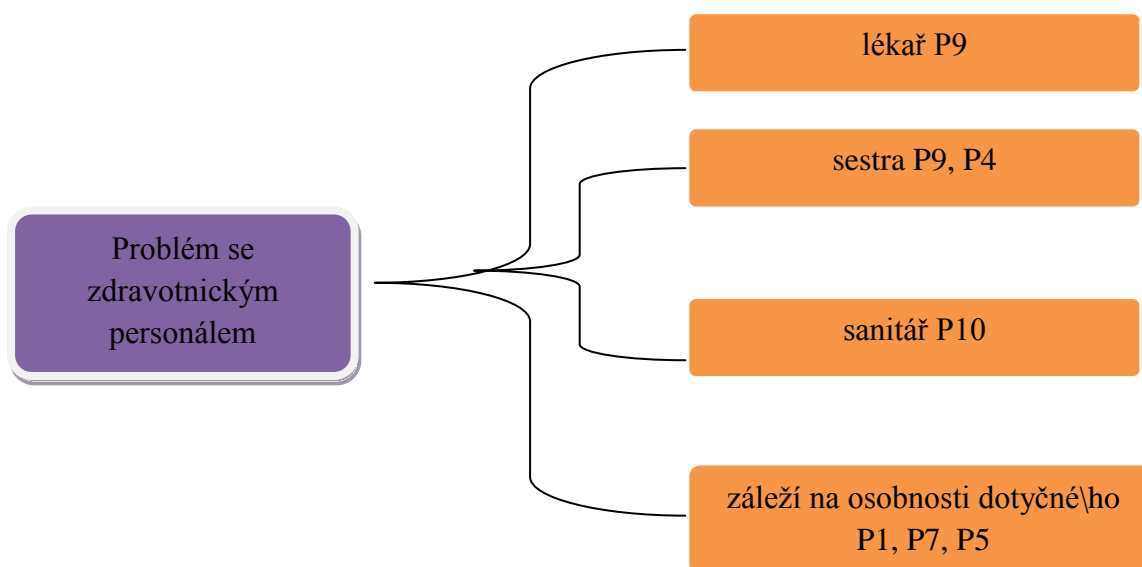
4.3 Kategorie 3 – Problémová komunikace ve zdravotnictví

Tato kategorie vychází z cíle 2 a zjišťuje, s jakými problémy se pacienti s Parkinsonovou chorobou setkávají při komunikaci. Pro hlubší analýzu je kategorie rozdělena do podkategorií:

- Problémy se zdravotnickým personálem
- Podpora při onemocnění ze strany zdravotnického personálu

4.3.1 Problémy se zdravotnickým personálem

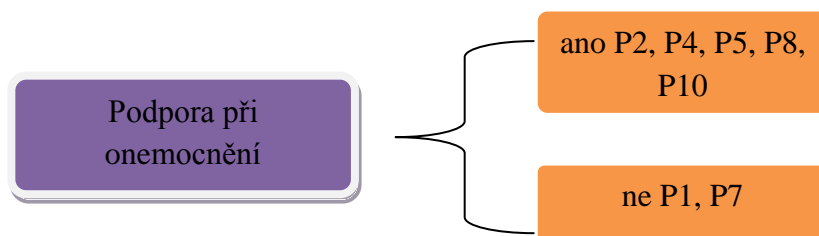
Schéma 5 Problém se zdravotnickým personálem



Analýza této podkategorie s názvem Problémy se zdravotnickým personálem nám ukazuje, s jakým zdravotnickým personálem měli respondenti problém v komunikaci. Pacient P9 uvedl, že největší problém, který zažil, bylo nedodržení doby podávání antiparkinsonik, i když lékaře na tento fakt upozornil. Bohužel, jak pacient tvrdí, ani sestry nepřinášely na jednom nejmenovaném oddělení léky včas, takže si je nakonec bral sám z vlastních zásob z domova. Pacientce P10 se nelíbilo, že když byla hospitalizovaná v nemocnici na vyšetření, tak ji v křesle sanitář dovezl před vyšetřovnu, předal sestře dokumentaci a odešel. Ona zůstala na chodbě v županu, jak sama říká - bez povšimnutí. Bylo jí to velice nepříjemné a měla strach, kdo se o ni postará, kdyby se jí náhodou udělalo špatně. Také se jí nelíbilo, že s ní sanitář nekomunikoval, bavil se především se sestrou či svým kolegou. Někteří pacienti (P1, P5, P7) se shodují, že nelze soudit podle toho, zda je to lékař či sestra. S problémovou komunikací se setkali u lidí (lékařů, sester...), kteří měli spíše osobnostní problém – problém s vulgaritou, arogancí, povýšeností, nezájmem o pacienta apod.

4.3.2 Podpora při onemocnění ze strany zdravotnického personálu

Schéma 6 Podpora při onemocnění



Analýza podkategorie s názvem Podpora při onemocnění nám má prozradit, zda je pacientům ze stran zdravotníků nabízena pomoc v souvislosti s činností patientských organizací, které podporují své členy v sociálních a pohybových aktivitách. Pacienti (P2, P4, P5), kteří se setkali s touto nabídkou, jsou i dnes aktivními členy, pouze pacient P2 dodává: *„Moje neuroložka mi řekla o jedné organizaci, která sdružuje parkinsoniky, ale má sídlo ve městě, které je vzdálené od mého bydliště cca 30km, což by problém nebyl, ale vzhledem k tomu, že jsem ještě pracující, tak mi nezbývá čas jezdit na schůzky, takže členem nejsem...“* S nabídkou se nesetkali pacienti P1 a P7. Pacientka P7 uvedla: *„Já jsem členka Společnosti Parkinson, kterou ale objevila moje dcera při hledání na internetu, od doktora jsem o ničem neslyšela, že existuje nějaká organizace...“*

5 DISKUZE

Důvodem vypracování této bakalářské práce bylo objasnění problémů v komunikaci mezi pacientem s Parkinsonovou chorobou a zdravotníkem, jakožto osobou pečující o tyto pacienty. Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum, který představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností (Bártlová, Sadílková, Tothová, 2009). Po získání znalostí z odborné literatury byly vytvořeny výzkumné otázky. Rozhovorů, které probíhaly v březnu 2016, se zúčastnilo celkem deset pacientů s Parkinsonovou chorobou. Jejich identifikační údaje jsou shrnuty v Tabulce 1. Po důkladné analýze všech rozhovorů byly pomocí kódování vytvořeny tři kategorie, které obsahují několik podkategorií. Pro lepší přehlednost byla u některých podkategorií vytvořena schémata.

Kategorie 1 byla pojmenována Komunikace mezi pacientem a lékařem. Je rozdělena do dvou podkategorií. První podkategorie, která obsahuje Schéma 2, se zabývá otázkou, jakým stylem byla pacientovi sdělena diagnóza, tedy informace, že onemocněl Parkinsonovou chorobou. Kelnerová a Matějková (2014) píše, že pro zdravotníka je důležité umět a vědět, jak nejlépe komunikovat s pacienty, když jsou rozrušeni, rozzlobeni, sklíčení nebo mají při komunikaci fyzické či psychické obtíže. Tři respondenti byli velice spokojeni s tím, jakým stylem jim diagnóza byla sdělena. Co považují za velice profesionální jednání, je situace, kterou uvádí pacientka P5. Lékařka této pacientce poskytla informační materiál, který si mohla odnést domů a v klidu ho pročíst. Můžeme se v tomto případě i odkazovat na dodržení Práv pacientů, kdy pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí (Haškovcová, 1996). Dále jí lékařka nabídla pomoc s vysvětlením informací, které se jí budou zdát po přečtení brožurek nejasné. Vybíral (2005) uvádí jako zdravý prvek komunikace i podporu dalšího vývoje, což dle mého názoru paní doktorka od pacientky P5 splnila. Myslím si, že dala pacientce útěchu a povzbuzení v souvislosti s tím, že i když se PN nedá vyléčit, dají se zmírnit její projevy a zlepšit kvalita života. Při výzkumném rozhovoru s pacientem P2 jsem se dozvěděla, že průběh sdělení diagnózy by se v jeho případě dal srovnat s běžným rozhovorem, kde

jsou dodrženy všechny zásady. Pro dobře vedený rozhovor je zapotřebí znát nejen zásady etiky, ale i komunikační proces, který je probrán v kapitole 1.2.1. Další pacienti odpověděli, že jim lékař oznámil diagnózu a podal základní informace. Z této odpovědi nelze jednoznačně usuzovat, zda se jedná o špatně či dobře zvolenou komunikaci. Na jedné straně musíme přihlížet k faktu, že informace při správně zvolené komunikaci mají být řečeny jednoduše, stručně a zřetelně (Špatenková, Králová 2009), aby jim pacient rozuměl, ovšem na druhé straně je potřeba, při holistickém pohledu na člověka, brát zřetel i na jeho aktuální psychický stav, což samozřejmě vyžaduje dávku empatie a porozumění problému nemocného (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Druhá podkategorie se zabývala časem vyhrazeným na rozhovor. Cílem bylo zjistit, jak vnímají pacienti s PN svého lékaře v rámci časových možností a zda jsou s ním spokojeni. Jak nám ukazuje Schéma 3, pacient P2 označil svého lékaře za neustále spěchajícího člověka. V tomto případě se přikláním k názoru Venglářové a Mahrové (2006), které píší, že rychlost řeči jednoho, tedy lékaře, nemusí odpovídat požadavkům na rychlost řeči toho druhého, v tomto případě pacienta. Z praxe vím, že lékaři jsou někdy hodně vytíženi a že mají dny, kdy se nezastaví a musí toho hodně vyřídit. Nicméně zrovna čas je pro pacienty s PN v souvislosti s komunikací velice podstatnou záležitostí, což by měli mít lékaři na zřeteli. Podle pacientek P3 a P6 s nimi jejich lékařky jednají v klidu a zajímají se i o jejich rodinu. Dle mého názoru je zde možné sledovat propojení všech složek (bio-psycho-sociální) osobnosti člověka v praxi. Toto propojení má v tomto případě pozitivní dopad i na léčebný proces.

Druhá kategorie analyzuje vztah sestry a pacienta s PN. Stejně jako kategorie 1 obsahuje podkategorie, které se věnují hlubšímu rozboru odpovědí respondentů. V podkategorii Komunikace mezi sestrou a pacientem jsem se během výzkumného šetření dozvěděla od pacientů mnoho užitečných informací. Někteří pacienti, kteří byli zároveň členy klubu Společnosti Parkinson v Českých Budějovicích, si velice pochvalovali sestry z ortopedického oddělení nemocnice České Budějovice, a.s. v souvislosti s dodržováním doby podávání léků. Také je můžeme brát v tomto ohledu jako profesionály vykonávající své povolání s odvoláním na dodržování Etického kodexu sester. Bohužel s velice špatnou komunikací ze strany sester a s porušením již

zmíněného Etického kodexu sester se setkal pacient P9. V jeho případě došlo nejen k porušení práv pacienta na kvalitní péči, ale i k ohrožení na jeho životě.

Projevení empatie byla další podkategorie, která kvůli různorodosti odpovědí nešla přenést do grafické podoby. S tvrzením, že empatie je v rámci komunikace jednou z podmínek lidského přístupu k pacientovi (Kristová, 2004), nemohu jinak než souhlasit. Každý člověk je individuální osobnost a potřebuje i individuální zacházení a vnímání. Tento fakt nám potvrzují i odpovědi respondentů, kdy pacientovi P6 postačí úsměv sestry a pacient P10 je rád, že mu sestra sdělí, v jaké lékárně zaplatí nejnižší poplatek za léky, což bere jako vcítění se – empatii - do jeho finanční situace, radu jak ušetřit a zbytečně neutrácet.

Jak vnímá sestru pacient, je velice důležitým ukazatelem pro rozvíjející se vztah sestra-pacient. Je i jedním z předpokladů dobré komunikace. Schéma 4 nám ukazuje různorodost vnímání sestry pacientem s PN. Postavení sestry je ve vztahu k pacientovi složité v tom, že nemocný sestru vnímá jako součást celého zdravotnického týmu, tzn. nejen v úzké spolupráci s lékařem, ale i samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti. Je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, deprese či osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje hodně porozumění, pochopení a laskavosti (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Rozbor literatury se shoduje s pohledem na sestru ze strany pacientů vycházející z výzkumu. Někteří ji vnímají jako profesionála (P4), jiní jako vzdělanou (P10) či jako prostředníka mezi lékařem a pacientem (P2, P5). Jako ochotnou, milou, laskavou, vstřícnou i v jiných superlativech opsanou ji vnímají pacienti P7, P9, P3. Podle mého názoru a zkušeností si myslím, že vnímání sestry je velice individuální, ovšem důležitá je složka komunikace. Také nejde o pohled konstantní, jelikož se neustále mění. V praxi to může znamenat, že pouhá osobní poznámka může z pohledu pacienta udělat z ochotné a milé sestry nepříjemnou a neprofesionální osobu.

Třetí kategorie vychází z cíle 2, tedy ze snahy zjistit, jaké problémy mají pacienti s Parkinsonovou chorobou v komunikaci se zdravotníky. V první podkategorii jsme se chtěli konkrétně dozvědět, u kterého zdravotnického personálu vidí pacient rezervy

v možném vylepšení komunikace. Jak ukazuje Schéma 6, pacient P9 měl problém s lékařem i se sestrou, když upozorňoval na pravidla podávání antiparkinsonik. Tuto situaci řešil tím, že personál upozornil ještě jednou a vzhledem k tomu, že to nevedlo ke zlepšení, poprosil svou ženu, aby mu léky donesla z domova, jelikož všechny svoje léky musel odevzdat při přijetí do nemocnice. Tato situace má za následek dvě negativní skutečnosti. V první řadě pacient pobyl dojmu, že nemůže věřit ošetřujícímu personálu. Za druhé tím, že si musel brát léky sám, mohlo dojít snadno k navýšení dávky, a tím i k ohrožení života pacienta samého. Mezi doporučení, jak se vyhnout podobné situaci, bych zařadila brát pacienta opravdu individuálně, být empatickým/kou k tomu, co říká, mít v sobě pokoru i sebekritičnost s tím, že i já mohu udělat chybu a nehrát si na heroickou postavu. Pokud má pacient specializovanou medikaci, kde je nutné dodržovat přesný čas užívání, je zásadní čas medikace dodržet. Sestry musejí tento fakt respektovat a nenechávat podání léčiva, až na společné podávání léků. Je to pochybení ze strany sester. Pacientka P10 nebyla spokojena s chováním sanitáře. S podobnou situací jsem se coby studentka setkala v nemocnici během své několikrát, kdy byl pacient ponechán na chodbě. Zde bych doporučila sanitáři snažit se zajistit, aby pacientka šla pokud možno co nejrychleji na řadu, aby se předešlo pocitu, že ji jiní pacienti okukují. Druhá podkategorie se zabývala terciální prevencí. Šlo o to zmapovat, zda zdravotníci poskytují pacientům informace týkající se patientských klubů, společností apod., které se zabývají aktivizací pacientů, kterým byla diagnostikována Parkinsonova choroba. Z výzkumu vyplynulo, že velice záleží na tom, s jak ochotným a orientovaným personálem se setkáte. Někteří z pacientů (P1, P7), kteří odpověděli, že jim jejich lékař nedoporučil žádný klub, viděli příčinu především v době, kdy jim byla PN diagnostikovaná. Vzhledem k době trvání jejich nemoci viz Tabulka 1 lze hovořit o druhé polovině 90. let, kdy některé kluby ještě ani neexistovaly. Respondenti (P2, P4, P5, P8, P10), které jejich lékař o této možnosti informoval, členy jsou či by rádi byli, ale například, jak uvádí pacient P2, kvůli časovým možnostem být členem nemůže. Tuto nabídku berou jako velice pozitivní a zvyšuje to i jejich pozitivní pohled na zdravotníka jako na osobu, která se zajímá o pacienta komplexně.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na komunikaci zdravotníků s pacientem s Parkinsonovou chorobou.

První část této teoretické práce informuje o Parkinsonově chorobě, jejím vzniku, projevech, diagnostice a léčbě. Následuje část druhá, která se zabývá komunikací, komunikačním procesem a zásadami, jak vést rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem. Je důležité si uvědomit, že komunikace sama o sobě je velmi široký pojem, který se prolíná všemi vědními obory, je všude kolem nás a ač si to neuvědomujeme, je součástí našeho života. Parkinsonova choroba sebou přináší značná omezení v různých oblastech. Oblast komunikace není výjimkou.

Pro tuto práci byly zvoleny dva cíle. Prvním bylo zjistit současný stav komunikace mezi zdravotníkem a pacientem s PN. Výzkum byl prováděn v březnu tohoto roku pomocí rozhovorů a vyplynulo z něj, že současný stav komunikace mezi pacientem a zdravotníkem se jeví ve většině případů jako dobrý. Velice záleží na osobnosti zdravotníka, se kterým se pacient potká, na jeho ochotě a informovanosti. Pacienti cítí jako problém hlavně nedostatek neurologů se specializací na Parkinsonovu chorobu, a to především v Jihočeském kraji. Vzhledem k pokročilému věku někteří pacienti nemohou jezdit za specialistou do většího města tak často, jak by chtěli. Zde respondenti oceňují aktivity Parkinson klubu, jelikož se díky členství v klubu mohou účastnit zajímavých léčebně – relaxačních pobytů, přednášek, seminářů, kde si mohou mezi sebou vyměnit informace, negativní či pozitivní zkušenosti.

Druhým cílem bylo zmapovat problémy, se kterými se tito pacienti setkali při komunikaci se zdravotnickým personálem. Jako zásadní problém v komunikaci někteří pacienti uvádí nerespektování předepsaných zásad pro podání antiparkinsonik, přestože zdravotníky na tuto konkrétní skutečnost upozornili. Co se týče problematické komunikace, většina respondentů se přiklání k názoru, že k dobře vedené komunikaci a rozhovorům je zapotřebí především psychicky vyspělá osobnost lékaře, určité nadšení, ochota pomoci druhému, snaha vnímat a respektovat pacienta se všemi jeho klady i zápory.

Mým osobním cílem je, aby tato práce přinesla užitek v informacích týkajících se komunikace zdravotníků a pacientů s PN, práce může být použita pro sebereflexi zdravotníka, zda jeho komunikace s pacientem s PN se dá označit jako dobrá či prospěšná.

7 SEZNAM LITERATURY

ANDRYSEK, Oskar a kol., 2011. Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester 1. vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-257-5

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK Petr a Valérie TÓTHOVÁ, 2009. Výzkum a ošetrovatelství. 2., přeprac. a dopl. vyd. 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. 1. Vyd. Praha. ISBN 987-80-262-0155-7.

BROŽOVÁ, Hana. Léčba Parkinsonovy nemoci [online]. 2010.3.5 [cit. 2016-1- 5]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-parkinsonovy-nemoci-451455>

DE VITO, Joseph A., 2008. Základy mezilidské komunikace. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978- 80- 247- 2018- 0

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

EPDA, 2011. Život s Parkinsonovou nemocí: nemotorické příznaky, 1.vyd. Praha: Společnost Parkinson, o. s. ISBN nevedeno.

EPDA, 2012. Život s Parkinsonovou nemocí: Stanovení přesné diagnózy, léčby a péče., 1.vyd. Praha: Společnost Parkinson, o. s. ISBN nevedeno

HÁLOVÁ, Miroslava, 2007. Nemocný v domácí péči I. 1.vyd., Javorník: Miroslava Halová – MAJ.ZJ. ISBN 978-80-239-7316-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1996. *Práva pacientů: (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, ISBN 80-902163-0-7

ICN, 2005. Etický kodex sester. [on line], [cit. 2016-3-2]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jana Kutnohorská. 2005. Multikulturní ošetrovatelství I. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80- 247-1212-1

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. Komunikace ve zdravotnické péči. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-477-9

JANÁČKOVÁ, Laura. 2009. Praktická komunikace pro každý den. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 247- 2479-9

KELNAROVÁ Jarmila a Eva Matějková, 2014. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978- 80 – 247- 5203 – 7

KRISTOVÁ, Jarmila. 2004. Komunikácia v ošetrovatel'stve. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3

LINHARTOVÁ, Věra. 2007. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80- 247- 1784- 5

MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010 Komunikační dovednosti v praxi. 2. vyd. Praha: Grada Publishing . ISBN 978 -80-247-2339-6.

PARKINSON – HELP z.s. Deník stavu hybnosti., 2014 In. Parkinson-help.cz [online]. [cit. 2015-12-23]. Staženo z http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2013/09/Denik_hybnosti.pdf

PARKINSON – HELP z.s. Doporučení k anestezii., 2014 In. Parkinson-help.cz [online]. [cit. 2016-1-3]. Staženo z <http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/04/Doporu%C4%8Den%C3%AD-k-anestezii.pdf>

PLAŇAVA, Ivo. 2005. Průvodce mezilidskou komunikací. Přístupy – dovednosti-poruchy. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0858-2

- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. 2011. Etika a komunikace v medicíně. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2
- PURŠOVÁ, Martina a Jan ROTH, 2011. Parkinsonova nemoc: Komplexní fyzioterapeutický pohled. 1. Vyd. Praha: Novartis. ISBN neuvedeno
- ROTH, Jan a Evžen RŮŽIČKA, 2001. Parkinsonova nemoc: praktické rady pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Novartis Pharma. ISBN neuvedeno
- ROTH, Jan, SEKYROVÁ Marcela a Evžen RŮŽIČKA, 2005. Parkinsonova nemoc. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-044-5.
- RŮŽIČKA, Evžen, ROTH Jan a Petr KAŇOVSKÝ a kol, 2000. Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-048-7.
- RŮŽIČKA, Evžen a Jan ROTH, 2004. Parkinsonova nemoc. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-8512-119-3
- RŮŽIČKA, Evžen a kol., 2004. Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby. 1. vyd. Praha: Galén, ISBN 80-7262-298-6.
- SCHWARZ, Shelley Peterman, 2008. Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2321-1
- SPOLEČNOST PARKINSON o.s, 2014. Máme doma Parkinsona aneb Parkinson do kapsy. TIGIS spol. s.r.o., ISBN neuvedeno
- ŠALÁTEK, Lubomír, 2005. Parkinsonova choroba: 101 doporučení, rád a názorův na každý den pre parkinsonikov a tých druhých. 1. Vyd. Nitra: Spoločnosť Parkinsonikov Slovenskej republiky. ISBN 80-969451-0-6.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. Komunikace pro zdravotní sestry. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1262-8

VRÁNOVÁ, Lenka, 2006. Hluboká mozková stimulace u pacientů s Parkinsonovou chorobou. *Sestra*, č. 7-8, s. 46, ISSN 1210-0404

VYBÍRAL, Zbyněk, 2005. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, ISBN 80-7178-998-4

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ Miroslava a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2068-5

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, 2011. *Zdravotnická psychologie pro zdravotnické obory*, 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4062-1

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Obrázky motorických projevů u pacientů s Parkinsonovou chorobou

Příloha 2 – Cvičení mimických svalů

Příloha 3 – Hodnoticí škály

Příloha 4 - Seznam léků, které pacient nesmí dostat

Příloha 5 – Doporučení k operacím, anestezii

Příloha 6 – Deník pacienta

Příloha 7 – Schéma komunikačního procesu

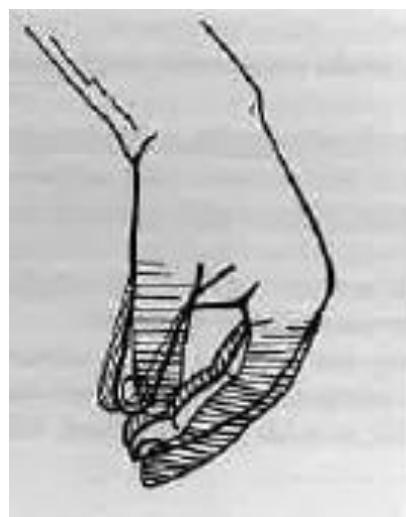
Příloha 8 – Výzkumné otázky sloužící pro rozhovor

Příloha 1

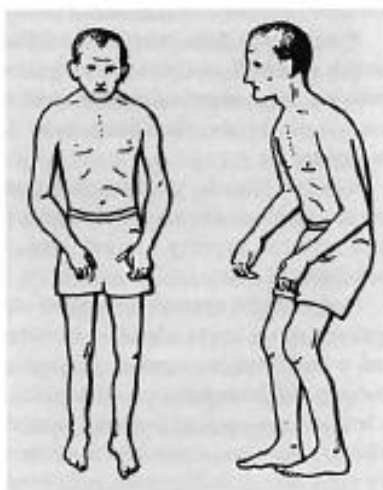
Obrázky motorických projevů u pacientů s Parkinsonovou chorobou



Obr.1a



Obr.1b

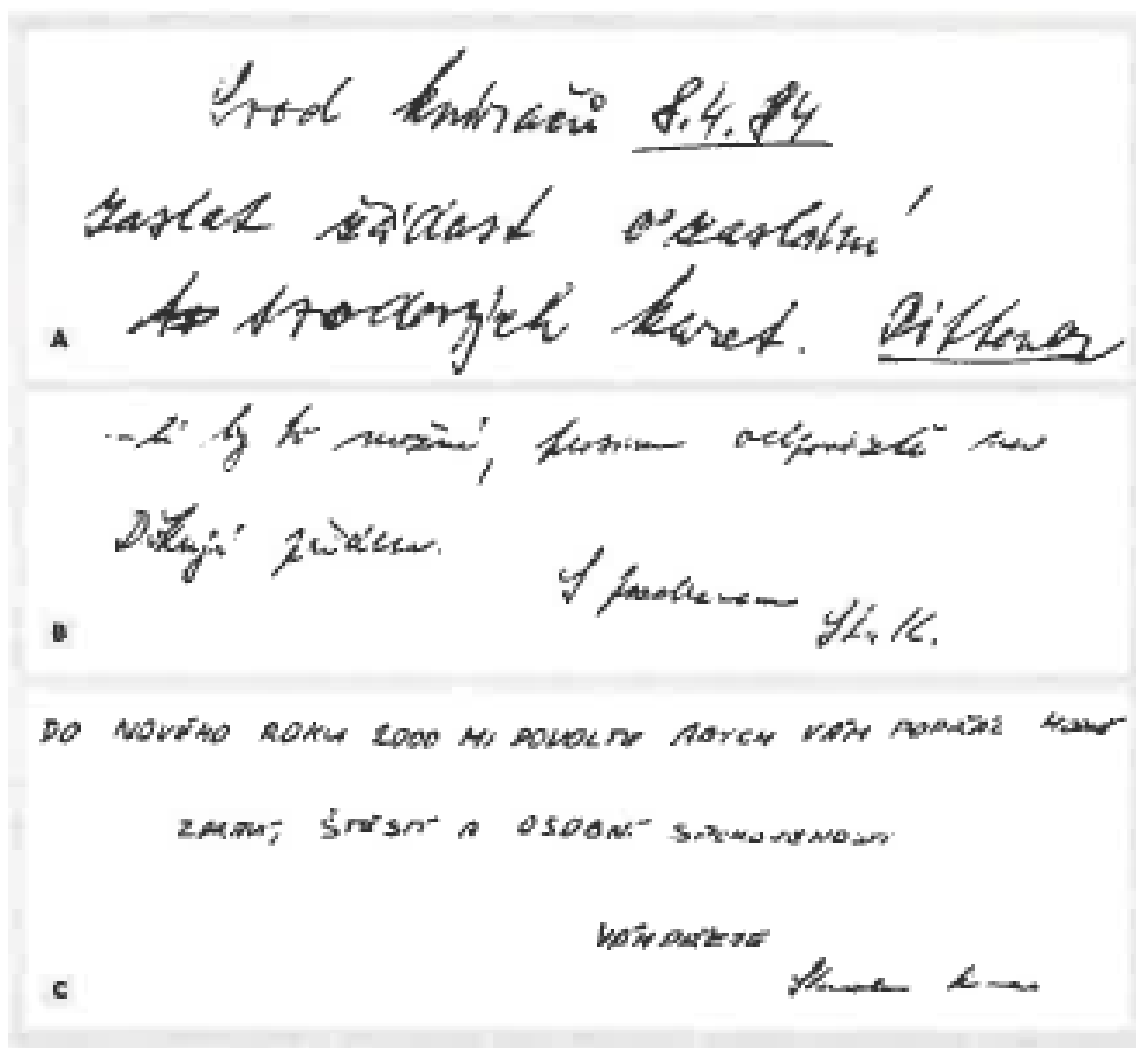


Obr. 2



Obr. 3

Obr. 4



- A) Ukázka písma asi 8 let před začátkem onemocnění. Normální velikost písma.
- B) V době počínajících příznaků nemoci, bez léčby. Písmo je zřetelně zmenšeno, všechna písmena jsou však čitelná.
- C) Po devíti letech trvání nemoci, při léčbě. Na podpisu je patrná další progresse mikrografie, rukopis je velmi obtížně čitelný, pacient raději používá hůlkové písmo.

Obr. 1a + 1b Třes u Parkinsonovy choroby - Zdroj: Roth, Sekyrová, Růžička (2005)
s.26

Obr. 2 Typické držení těla - Zdroj: Růžička, Roth, Kaňkovský (2000) s. 80

Obr. 3 Vyšetření rigidity pomocí Fromentova manévru - Zdroj: Růžička, Roth,
Kaňkovský (2000) s. 76

Obr 4 Mikrografie - vývoj poruchy písma u 44- letého nemocného s Parkinsonovou
nemocí, od 35let. - Zdroj: Růžička, Roth, Kaňkovský (2000), s. 83

Příloha 2

Cvičení mimických svalů

Obr. 1 – A, B, C

A)

Cvičení mimických svalů

Cvičební jednotku je vhodné začít cvičením mimických svalů, která jsou také postižena



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, současně 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 vystihuje 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 využití plicní kapacity, a proto pacienti nedokáží optimálně zkoordinovat dýchání a hlasový projev.

Základy cvičení:
Každé cvičení začnete masáží obličeje. Lehce přejiždějte prsty po svalech nebo použijte 2 froté žinky, 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 provádíte vsedě a pak následuje Vaše cvičební jednotka.



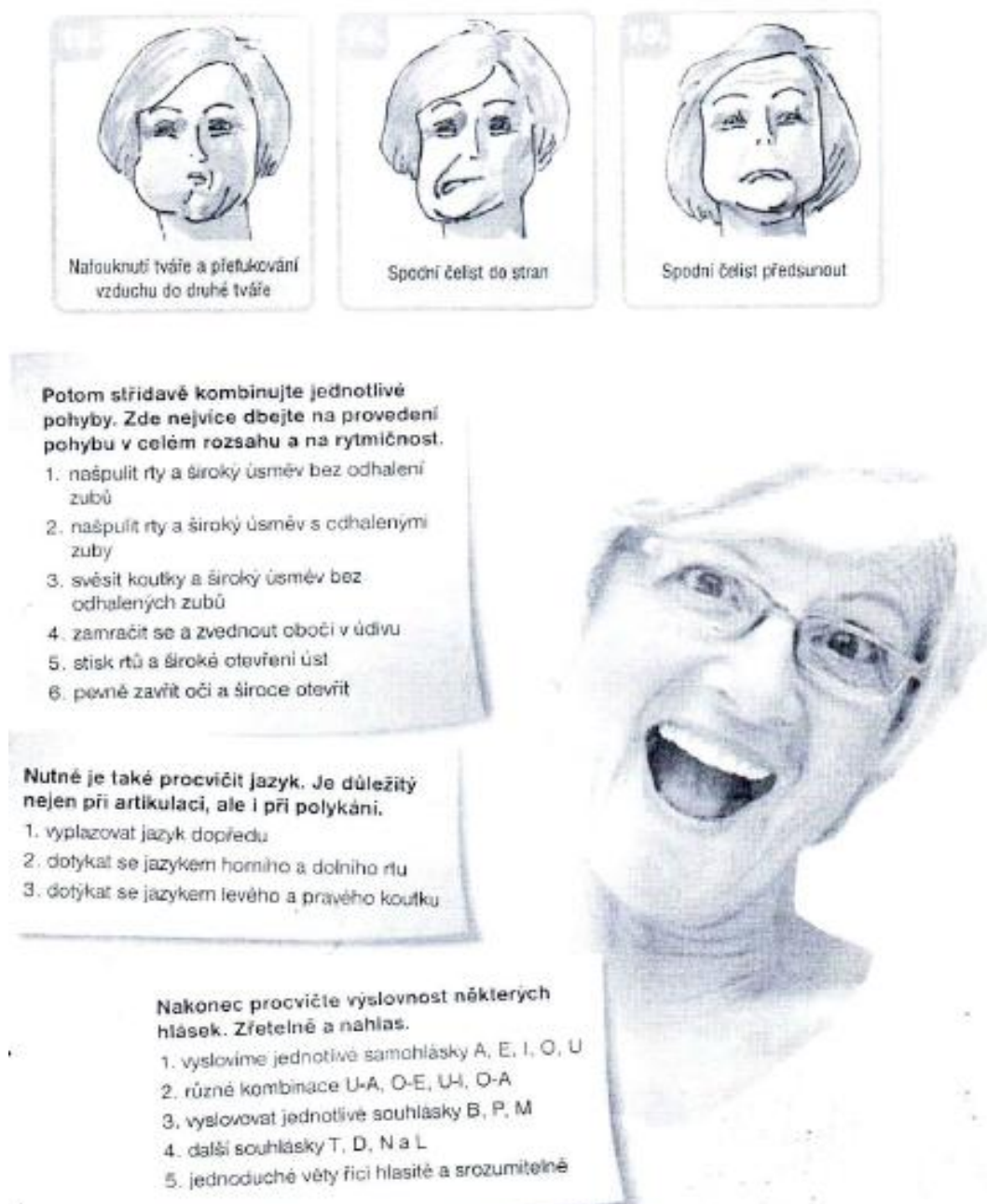
Na cvičení si najdete dostatek času a klidu. Pro zpětnou kontrolu pohybů cvičte vsedě před zrcadlem nebo před rodinným příslušníkem. Pohyb provádějte v plném rozsahu a pravidelném rytmu. Pro začátek je lepší, aby rytmus udával terapeut nebo rodinný příslušník, který přizpůsobí tempo Vašim možnostem.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

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

B)



C)



Obr. 1 Cvičení mimických svalů.

Zdroj: Puršová et Roth (2011), s. 16 – 18.

Příloha 3

Hodnoticí škály

Obr. 1

<p>I. Myšlení, chování a nálada</p> <p>1) postižení intelektu 0 = žádné 1 = mírně; zapomnělivost s částečným vybavením si události, bez dalších obtíží 2 = nepříliš velká ztráta paměti s dezorientací a mírnými obtížemi při zvládnutí složitějších problémů, mírně, ale definitivní narušení výkonu v domácím prostředí s nutností příležitostně nápovědy 3 = závažná ztráta paměti s dezorientací v čase a často i v místě, vážné narušení schopnosti řešit problémy 4 = ztráta paměti se zachováním orientace pouze osobou, neschopnost udělat si úsudek nebo řešit problémy, neschopen sebeobsluhy, vyžaduje značnou pomoc, v žádném případě nemůže být nechan o samotě</p> <p>2) porucha myšlení 0 = žádné 1 = živé sny 2 = „neškodné“ halucinace se zachováním náhledu 3 = příležitostně až časté halucinace nebo bludy, bez náhledu, mohou narušovat denní aktivity 4 = trvalé halucinace, bludy nebo floridní psychóza, neschopen se o sebe postarat</p> <p>3) deprese 0 = nepřítomna 1 = období abnormálního smutku nebo sebeobviňování nikdy netrvá déle než několik dnů 2 = trvalá deprese (1 týden a více) 3 = trvalá deprese s vegetativními symptomy (nespavost, nechutenstvím, úbytkem váhy, ztrátou zájmu) 4 = trvalá deprese s vegetativními symptomy a suicidalními myšlenkami a záměry</p> <p>4) motivace/initiativa 0 = normální 1 = méně se prosazující než je obvyklé, pasivní 2 = ztráta iniciativy nebo zájmu o činnosti, které nejsou zcela běžné 3 = ztráta iniciativy nebo zájmu o každodenní činnosti 4 = apaticky, úplná ztráta motivace</p> <p>II. Aktivity běžného života</p> <p>5) řeč 0 = normální 1 = mírně postižená, bez obtíží srozumitelná 2 = středně těžce postižená, někdy je pacient požádán o zopakování výroku 3 = vážně postižená, často je pacient žadán o zopakování výroku 4 = po většinu času nesrozumitelná</p> <p>6) salivace 0 = normální 1 = nepatrně, ale jasně zvýšené slinění, sliny mohou v noci vytékat z úst 2 = mírně zvýšená salivace, sliny mohou vytékat z úst 3 = zřetelně zvýšená salivace s častým vytékáním slin z úst 4 = značné vytékání slin z úst vyžadující neustálé kapesník</p>	<p>7) polykání 0 = normální 1 = zřídka kdy zaskočí sousto 2 = příležitostně zaskočí sousto 3 = vyžaduje kašovitou stravu 4 = vyžaduje nasogastrální sondu nebo gastrostomii</p> <p>8) psaní rukou 0 = normální 1 = nepatrně zpomalené nebo malé písmo 2 = středně těžce zpomalené nebo malé písmo, všechna slova jsou čitelná 3 = těžce porušené písmo, ne všechna slova jsou čitelná 4 = většina slov je nečitelná</p> <p>9) krájení jídla a manipulace s přiborem 0 = normální 1 = poněkud pomalé a neobratné, ale nepotřebuje pomoc 2 = neobratné a pomalu nakrájí většinu jídla, někdy potřebuje pomoc 3 = jídlo musí někdo nakrájet, ale je schopen pomalu jíst sám 4 = musí být krmen</p> <p>10) oblékání 0 = normální 1 = poněkud pomalé a neobratné, ale nepotřebuje pomoc 2 = příležitostně pomoc při zapínání knoflíků a oblékání do rukávů 3 = vyžaduje značnou pomoc, ale někdy úkony zvládne sám 4 = bezmocný</p> <p>11) osobní hygiena 0 = normální 1 = poněkud zpomalen, ale nepotřebuje pomoc 2 = potřebuje pomoc při sprchování či koupání, nebo je při hygieně velmi pomalý 3 = vyžaduje pomoc při mytí, čištění zubů, česání, na záchodě 4 = močový katetr nebo jiné hygienické pomůcky</p> <p>12) obrácení na posteli a přikrývání se 0 = normální 1 = poněkud pomalé a neobratné, ale nepotřebuje pomoc 2 = může se obrátit nebo přikrýt sám, ale s velkými potížemi 3 = začne se obracet nebo si upravovat přikrývku, ale sám není schopen dokončit 4 = bezmocný</p> <p>13) pády (bez vztahu k „freezingu“) 0 = žádné 1 = zřídka 2 = příležitostně pády, méně než jednou denně 3 = pády průměrně jednou denně 4 = pády častěji než jednou denně</p> <p>14) freezing za chůze 0 = žádný 1 = zřídka freezing za chůze, může se objevit hesitace na začátku pohybu 2 = příležitostně freezing za chůze 3 = častý freezing, příležitostně pády z důvodu freezingu 4 = časté pády z důvodu freezingu</p>
--	---

15) chůze

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

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

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

17) senzorycké obtíže související s parkinsonismem

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

III. Vyšetřování hybnosti

18) řeč

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

19) mimika

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28) držení postavy ve stoji

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

29) chůze

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

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

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

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

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

IV. Komplikace léčby (v posledním týdnu)

A. Dyskineze

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

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

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

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

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

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

35) přítomnost časné ranní dystonie (anamnestický údaj)

0 = ne
1 = ano

B. Klinické fluktuace

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

0 = ne
1 = ano

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

0 = ne
1 = ano

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

0 = ne
1 = ano

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

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

C. Jiné komplikace

40) trpí pacient nechutenstvím, nevolností či zvracením?

0 = ne
1 = ano

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

0 = ne
1 = ano

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

0 = ne
1 = ano

V. Modifikovaná stupnice stadií podle Hoehnové a Yahra

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

VI. Schwabova a Englandova škála každodenních činností

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

Obr. 1 Hodnoticí škály - Zdroj: Růžička, Roth, Kaňkovský (2000)

Příloha 4

Seznam léků, které pacient nesmí dostat

Seznam léků, které pacient s Parkinsonovou nemocí nesmí dostat

V následujícím textu jsou uvedeny léky, které mohou průběh nemoci či stav hybnosti u Parkinsonovy nemoci výrazněji zhoršit.

- **Antipsychotika**, především tzv. typická: léky používané hlavně, ale ne vždy v léčbě duševních poruch: např. Haloperidol či Tiserčin.
- Některé léky používané při zažívacích obtížích: např. Degan.
- Některé léky používané např. v léčbě závratí, nevolnosti, zvracení: např. Torecan.
- Některé léky používané např. při nedostatečném prokrvení vnitřního ucha či mozku: např. Stugeron.
- Některé léky, používané k tlumení kašle, škytavky: např. Prothazin.
- Některé léky používané v léčbě vyššího krevního tlaku: např. Dopegyt.
- Současně se selegilinem (např. Jumex, Sepatrem, Niar) se nesmějí používat žádná antidepresiva.

Zdroj: Roth Jan a Růžička Evžen (2001)., s. 32

Příloha 5

Doporučení k operaci, 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 znečítlení. 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 eventuálně 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: Parkinson- help.cz,

<http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2014/04/Doporu%C4%8Den%C3%AD-k-anestezii.pdf>

Příloha 6

Deník pacienta

Deník stavu hybnosti

Vytiskněte na pravou stranu, abyste si mohli vytvořit svůj vlastní deník. Pokud potřebujete další informace, kontaktujte svého lékaře.

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.:																									

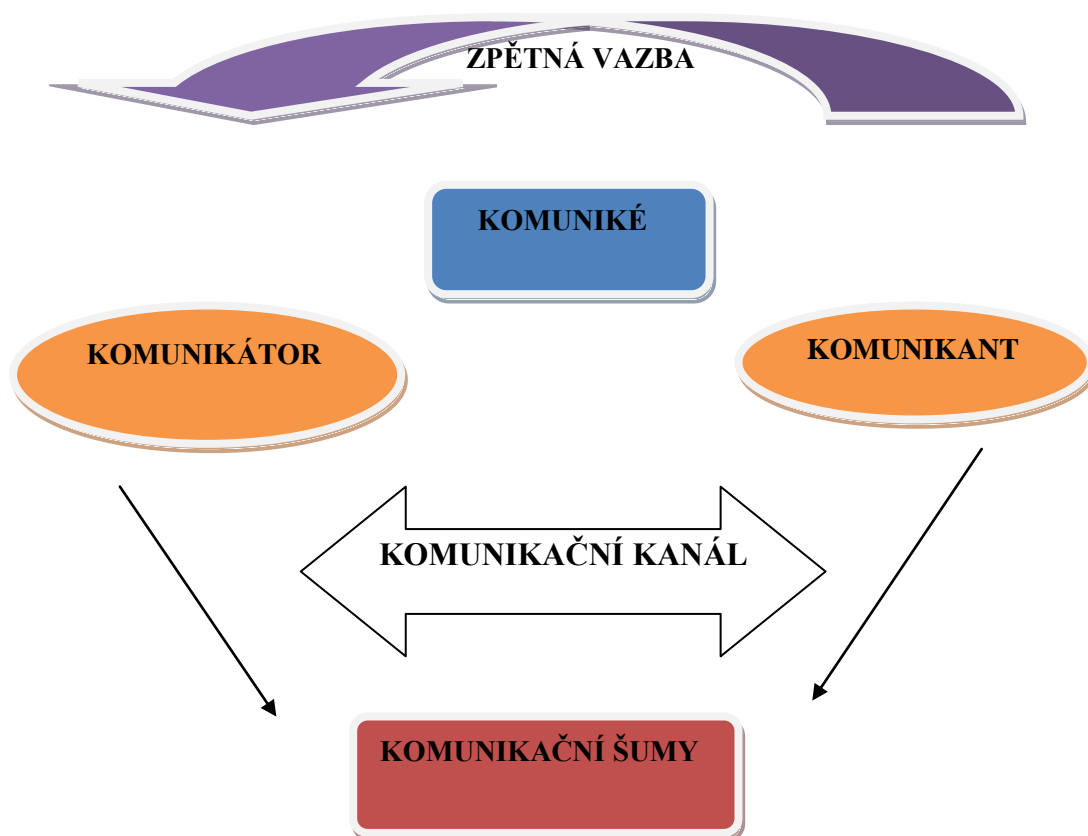
Zdroj: Parkinson – help.cz

http://parkinson-help.cz/wp-content/uploads/2013/09/Denik_hybnosti.pdf

Příloha 7

Komunikační proces

Obr. 1



Obr. Vlastní

Přílohy 8

Výzkumné otázky sloužící pro rozhovor

ROZHOVOR S PACIENTEM S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Identifikační znaky

1. Věk
 2. Pohlaví
 3. Doba trvání PN, stručný průběh.
-
1. Jak probíhal rozhovor mezi lékařem a Vámi při sdělování diagnózy?
 2. Jak Vám informaci lékař sdělil? Jak jste se v danou chvíli cítil/a?
 3. Dal Vám lékař čas na přijetí informace? Mohl/a jste pokládat dotazy?
 4. Byla zachovaná intimita při rozhovoru? Kde byl rozhovor veden?
 5. Měl lékař dostatek času na sdělení? Nepospíchal? Nechal Vás lékař reagovat?
 6. Byl u rozhovoru i rodinný příslušník? Komunikoval lékař i s Vaší rodinou?
 7. Co Vám u rozhovoru chybělo? Co by Vám pomohlo? Jak by měl lékař informaci podat, aby to pro Vás bylo co nejpříjemnější? Jak by podle Vás měl tento rozhovor vypadat?
 8. Chtěl/a byste, aby u tohoto rozhovoru byla přítomna sestra a povzbudila Vás? Dělala podporu?
 9. Jak probíhala komunikace s ošetřujícím personálem - konkrétně se sestrou?
 10. Komunikoval/a jste se sestrou?
 11. Měla na Vás sestra dostatek času? Byla ochotna Vás vyslechnout? Jak reagovala na Vaše dotazy?
 12. Jak jste se cítil/a při komunikaci se sestrami?
 13. Starala se sestra o Vaše pocity? Co by Vám pomohlo při komunikaci se sestrou? Máte nějaké návrhy na zlepšení komunikace?
 14. Komunikoval zdravotnický personál s Vaší rodinou? Jak probíhala komunikace s rodinnými příslušníky?

15. Kde se ve zdravotnickém zařízení setkáváte nejvíce problémy s komunikací? Proč si myslíte, že právě tam?
16. Se kterými zdravotníky máte největší problémy s komunikací, u kterých naopak je komunikace a přístup k Vám nejlepší?
17. Byl/a jste o vyšetřeních a léčbě dostatečně informován/a?
18. Z čeho dle vašeho názoru pramení problém v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem s PN?
19. Zažil/a jste nějaké komunikační problémy se zdravotníky a jak jste je řešil/a?
20. Máte nějaké výhrady k chování zdravotnického personálu? Někaké návrhy na zlepšení?
21. Jak celkově hodnotíte komunikaci mezi zdravotnickým personálem a Vámi?
22. Jak jste se s diagnózou vyrovnal/a?
23. Co nebo kdo Vám pomohl při vyrovnávání se s diagnózou?
24. Byl Vám nabídnut ze strany zdravotnického personálu nějaký kontakt na patientskou organizaci?
25. Pokud ne chtěl/a byste, aby Vám tato možnost byla nabídnuta?
26. Pokud ano využil/a jste tuto nabídku?

Zdroj: Vlastní