

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Linda Sládková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Linda Sládková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PROBLEMATIKA PACIENTA
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šafránková

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Šafránkové za odborné vedení mé práce, za poskytnutí rad, trpělivost a volný čas. Také bych ráda poděkovala mým respondentkám, za ochotu a vstřícnost. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu mého studia a psaní mé práce podporovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Sládková Linda

Katedra: Ošetrovatelství a porodnictví

Název práce: Ošetrovatelská problematika pacienta s Parkinsonovou chorobou

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované: 27

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova:

Parkinsonova choroba- problematika ošetrovatelské péče- ošetrovatelské problémy- ošetrovatelské intervence

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou problematikou pacienta s Parkinsonovou chorobou.

V teoretické části jsou popsány základní informace o Parkinsonově chorobě, její historie, problematika, etiologie, klinické příznaky, psychické problémy, diagnostika, fáze nemoci, léčba, potřeby nemocného, role sestry a nejčastější ošetrovatelské problémy nemocného.

V praktické části popisují hloubkově tři rozhovory. Dva rozhovory jsou sepsány s nemocnými trpící Parkinsonovou chorobou a třetí je sepsán se všeobecnou sestrou, která má zkušenosti s péčí o nemocné s Parkinsonovou chorobou. Všechny rozhovory jsou zaměřeny zejména na problémy nemocného a jejich řešení.

Annotation

Surname and name: Sládková Linda

Department: Nursing and Obstetrics

Title of thesis: Nursing problems of a patient with Parkinson's disease

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered: 27

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 22

Keywords:

Parkinson's disease - problematics of nursing care - nursing problems - nursing interventions

Summary:

The undergraduate thesis deals with the problematics of nursing care of a patient suffering from Parkinson's disease.

In the theoretical part of the thesis basic information about Parkinson's disease is given; its history, problematics, etiology, clinical symptoms, psychological problems, diagnostics, phases of the disease, treatment, patients' needs, the role of a nurse and the most common patients' problems.

In the practical part of the thesis three interviews are described. Two of the interviews have been done with clients suffering from Parkinson's disease and the third one has been done with a general nurse, who is experienced in caring for patients with Parkinson's disease. All the interviews are aimed at patients' problems and their solution.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PARKINSONOVA CHOROBA	12
1.1 Historie Parkinsonovi choroby	12
1.2 Problematika Parkinsonovi choroby	12
1.3 Etiologie.....	14
1.4 Klinické příznaky.....	15
1.4.1 Tremor	15
1.4.2 Rigidita	16
1.4.3 Poruchy postoje a chůze	16
1.4.4 Hypokineze, Bradykineze, Dyskineze.....	16
1.4.5 Další příznaky.....	17
1.5 Psychické problémy.....	18
1.5.1 Deprese	18
1.5.2 Demence	18
1.5.3 Úzkost.....	19
1.6 Diagnostika.....	19
1.6.1 Zobrazovací metody	19
1.6.2 Jiná vyšetření	20
1.7 Fáze nemoci	20
1.7.1 První fáze.....	20
1.7.2 Druhá fáze.....	21
1.7.3 Třetí fáze.....	21
1.7.4 Čtvrtá fáze.....	21
1.8 Léčba.....	21
1.8.1 Farmakologická léčba.....	22
1.8.2 Neurochirurgická léčba.....	25
1.8.3 Rehabilitační léčba	26
2 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY NEMOCNÉHO S PARKINSONOVOU CHOROBU.....	27
2.1 Potřeby nemocného a role sestry	27
2.2 Výživa.....	28
2.3 Vyprazdňování.....	29
2.4 Porucha sebekoncepce (sebepojetí)	31
2.5 Pohybová aktivita	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34

3	OBEČNÁ ČÁST	34
3.1	Formulace problému	34
3.2	Cíl výzkumu.....	35
3.2.1	Dílčí cíle	35
3.2.2	Operacionalizace pojmů	35
3.2.3	Výzkumné otázky	35
3.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	36
3.3.1	Metoda	36
3.3.2	Výběr případu	36
3.3.3	Způsob získávání informací	36
3.3.4	Organizace výzkumu	37
4	SPECIÁLNÍ ČÁST	37
4.1	Respondent č. 1	37
4.1.1	Rozhovor	38
4.2	Respondent č. 2.....	45
4.2.1	Rozhovor	47
4.3	Respondent č. 3.....	51
4.3.1	Rozhovor	52
	DISKUZE	59
	ZÁVĚR.....	69
	LITERATURA A PRAMENY	72
	SEZNAM ZKRATEK	74
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci, jsem si zvolila téma Ošetrovatelská problematika pacienta s Parkinsonovou chorobou. S touto chorobou jsem se setkala v minulosti, kdy jí trpěl náš rodinný známý. Osobně si myslím, že se o této chorobě příliš nemluví, i když její výskyt postupně vzrůstá.

Parkinsonova choroba, je neurodegenerativní onemocnění, kdy dochází k postupné ztrátě dopaminu v bazálních gangliích. Doposud není známa přesná příčina této choroby. Jedním z hlavních rizikových faktorů je věk, pohlaví, ale zmínky jsou také o genetických faktorech nebo faktorech životního prostředí. Výskyt choroby je zejména u lidí kolem šedesátého roku života, jsou ale případy, kdy se choroba vyskytla v dřívějším nebo pozdějším věku. Průběh choroby je zprvu mírný, mezi první patří zejména třes. Nastává adaptační fáze, kdy se nemocný seznamuje s chorobou, která je intenzivní zejména po psychické a emoční stránce. Následně je fáze tzv. klid před bouří nebo líbánky, kdy má nemocný pocit, že chorobou téměř netrpí a dochází k návratu jeho starého života. Posléze se choroba opět ozývá a projevují se příznaky, jako je ztuhlost, samovolné pohyby a další. Nakonec nemoc zcela propukne a začíná ovládat celé tělo.

Nemocný s Parkinsonovou chorobou (PCH) může být poměrně dlouho soběstačný, záleží ale na okolnostech, jako je věk, léčba, přidružené onemocnění a další. Hlavními projevy je třes, ztuhlost a samovolné pohyby. Nejvíce choroba omezuje v pohybu, to hlavně kvůli ztuhlosti, která se postupně zvyšuje. Nemocný má nejistou chůzi, díky které se zvyšuje riziko pádu. Nemocné nejvíce trápí postupná ztráta soběstačnosti. Postupně může mít nemocný problém se stravou, hygienou, vyprazdňováním a hlavně chůzí. U této choroby je možné pouze zmírňovat projevy pomocí konzervativní léčby. Nemocný by měl být pod neustálým dohledem neurologa. Nutná je pravidelná medikace a pohyb. Opomíjen by neměl být ani psychický stav nemocného. Toto téma jsem si vybrala, protože jsem chtěla více nahlédnout do problematiky ošetrovatelské péče. Ve své práci se budu zabývat zejména problémy nemocného a jejich řešením.

Teoretická část obsahuje dvě části. První část se zabývá historií choroby, etiologií, příznaky, léčbou a dalšími. V druhé části jsem popsala roli sestry, potřeby nemocného a jeho problémy v jednotlivých oblastech. Praktická část je zpracována pomocí rozhovoru se třemi respondenty.

Jako hlavní cíl práce jsem si zvolila, zjistit, problematiku ošetrovatelské péče u nemocných s PCH. Dále jsem si zvolila šest dílčích cílů, zjistit, jak nemocný reagoval na diagnostiku a léčbu choroby, jak nemocný zvládá běžné denní činnosti, jaké jsou ošetrovatelské problémy nemocného a jak jsou řešeny, jaká je ošetrovatelská péče o nemocné s PCH, jaké jsou rozdíly ošetrovatelské péče v domácím prostředí a ústavním zařízení a mým posledním cílem je zpracování brožury, jak pečovat o nemocné s PCH, pro nelékařský zdravotnický personál. Abych dosáhla všech výše zvolených cílů, vybrala jsem si pro svoji práci kvalitativní výzkum, formou hloubkového rozhovoru, který mi pomohl nahlédnout do problematiky ošetrovatelské péče a navázat bližší vztah s nemocnými. Dva rozhovory jsou provedeny s nemocnými, kteří trpí PCH a třetí se všeobecnou sestrou, která má zkušenosti s péčí o takto nemocné. Rozhovory následně porovnam a zhodnotím v diskuzi, kde odpovím i na výzkumné otázky. Na základně všech zjištěných informací jsem vypracovala brožuru pro nelékařský zdravotnický personál. Brožura je přiložena v přílohách a najdete v ní zejména zásady ošetrovatelské péče o nemocné s PCH, projevy choroby, nejčastější problémy a jejich řešení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PARKINSONOVA CHOROBA

1.1 Historie Parkinsonovi choroby

Poprvé byla tato nemoc popsána anglickým lékařem Jamesem Parkinsonem (1817). Podobné příznaky jako jsou u PCH, především pohybové, byly však popsány už v uměleckých dílech, například Leonarda da Vinciho. Není potvrzené, zdali se jednalo o tuto chorobu nebo jinou s podobnými projevy. Poprvé byla však definována, až Jeanem-Martinem Charcotem jako samostatná choroba. Následovali ho další osobnosti francouzské a anglické neurologické školy. V 19. století byly první pokusy o léčbu, bez efektu.

Na podkladě prací farmakologa, biochemika a později i nositele Nobelovy ceny Carlssona byla ve druhé polovině 20. století zjištěna příčina a následky nedostatku dopaminu, rakušany Hornykiewiczem a Ehringerem. Jimi byla navržena léčba levodopou, která má za účinek obnovení hybnosti a dodnes patří mezi základní léčebné postupy pro spoustu nemocných na celém světě s touto chorobou. (1, s. 12, 13; 2, s. 242)

Mezi příznaky nebyly uváděny psychické poruchy. James Parkinson (1817) řekl, že, smysly a intelekt zůstávají neporušeny. Postižení bylo považováno, jen za pohybové. V práci J. Parkinsona můžete vyčíst, že s největší pravděpodobností, měl nejméně jeden z pacientů příznaky deprese. Poté Charcot se svými žáky popisoval psychické změny. Poruchy intelektu prvního stupně byly považovány za skoro pravidelnou součást u tohoto onemocnění. Po roce 1970 byla objevena spousta prací, kde jsou popisovány psychické změny u nemocných. V posledních třiceti letech byla existence kognitivních, behaviorálních a afektivních poruch potvrzena. (2, s. 242)

1.2 Problematika Parkinsonovi choroby

Jedno z nejčastějších chronických neurodegenerativních onemocnění v dospělém věku života. Touto chorobou onemocní 1-2 osoby z tisíce, u osob ve věku nad 60 let je to až 1 osoba ze sta. Čísla nejsou přesná, hlavně kvůli chybné diagnostice v raném stádiu nemoci, díky neurčitým příznakům. Bylo zjištěno, že za posledních 50 let, se zvýšil počet nemocných s PCH. Začátek onemocnění je zhruba ve středním věku života, mezi 50-60 rokem, ale může se projevit i v pozdějším věku. Možný je i výskyt onemocnění

u osob mladších čtyřiceti let. Existuje i vzácná forma tzv. juvenilní, která se projevuje již v adolescenci. Rozdíl ve výskytu onemocnění je pouze nepatrný, ale bylo zjištěno, že touto chorobou onemocní více mužů než žen. (2, s. 241; Roth, 1, s. 15; 3, s. 202)

Dosud není jasné, jaká byla osobnost pacientů, před začátkem onemocnění, tzv. premorbidní osobnost. Někteří vědci tvrdí, že lidé, kteří byli před začátkem prvních příznaků onemocnění introvertní, hůře vyjadřovali své emoce, byli až pedantní a měli sklon k depresím, onemocní touto chorobou častěji. Také byla zmíněna náklonnost k návykovému chování a látkám. Stále se však nepodařilo toto tvrzení potvrdit ani vyloučit. (1, s. 16; 2, s. 246)

Průběh tohoto onemocnění je pomalu progresivní, zpočátku lehké a nespecifické poruchy hybnosti, které se postupem času zhoršují a vyžadují léčbu. Další zhoršení onemocnění se vyznačuje tzv. pozdními komplikacemi hybnosti, kdy se zkracuje účinek dávek levodopy, neúmyslné pohyby vyvolané léčbou a proměnlivost stavu hybnosti. (2, s. 242)

Rizikovým faktorem je nejčastěji věk, ale v současnosti jsou známi i faktory genetické nebo faktory životního prostředí. Vznik choroby nelze nijak ovlivnit. Příčinou není ani životní styl, druh práce, strava nebo další návyky nemocného. Pokud je tato choroba u člověka diagnostikována, má jen dvě možnosti, a to vzdát se nebo s nemocí bojovat a zmírnit její projevy. (1, s. 10; 4, s. 14, 16)

V průzkumu, kde se tato choroba nejvíce vyskytuje, bylo zjištěno, že se objevuje po celém světě, ale nejnižší výskyt je v Africe a Japonsku. V České Republice je počet nemocných s PCH odhadován asi na 10 000. (1, s. 15; 3, s. 199)

Před zahájením léčby levodopou nemocní přežili zhruba 9,5 roku od diagnostiky PCH. V dnešní době s možností moderních léčebných technik, je odhadováno, že nemocný, u kterého se projeví první příznaky kolem 60 roku života, bude žít přibližně 20 let. (5, s. 14)

Až u 90 % nemocných se objeví kognitivní poruchy. Zhruba u třetiny se může rozvinout demence a více jak polovina nemocných si může projít obdobím depresí, které se kombinují s úzkostmi. (2, s. 241)

1.3 Etiologie

Hlavní příčinou tohoto onemocnění je chybění dopaminu v bazálních gangliích ve středním mozku. Dopamin vzniká v mozkovém kmeni v substantia nigra, odtamtud je dopravován buněčnými výběžky do jader striáta. Dosud není vyjasněno, z jakého důvodu dochází k postupnému odumírání buněk v substantia nigra, což má za následek nedostatek dopaminu ve striátu. (1, str. 270; 2, s. 241, 242)

Existuje několik studií, kde je zkoumána příčina a původ onemocnění, ale jde pouze o vytvoření určitých představ, nikoli o potvrzené vysvětlení. Mezi první patří hypotéza související s látkou 1- metyl- 4- fenyl- 1, 2, 5, 6- tetrahydropyridin známou jako MPTP. Osoby s větším množstvím této látky v organismu, mají příznaky PCH. Látka MPTP se objevuje například v umělých hnojivech a průmyslových zplodinách, ale hlavně ve špatně připraveném heroinu. Největší problém látky v těle je, že se vyskytuje v mozku, kde působí jako jed a zabíjí buňky, které produkují dopamin. Další hypotéza je na základě potvrzení, že nemocní s PCH mají nadbytek látek, které mohou v určitém případě poškodit nervové buňky. Tyto látky nazýváme volné radikály kyslíku a jsou v rovnováze s dalšími látkami, které je neutralizují. Jejich vznik je součástí existence buňky, a pokud je rovnováha narušena, dochází k poruchám určitých částí mozku. Podle této hypotézy by mohlo dojít k zániku buněk obsahujících dopamin a tím zapříčinit vznik PCH, poněvadž volné radikály kyslíku se tvoří hlavně v místech, kde je tvořen a rozkládán i dopamin. (1, s. 21, 22)

Stále je diskutováno o tom, zdali je PCH dědičná. Pomocí analýz bylo zjištěno, že se toto onemocnění vyskytuje zhruba u 3% přírodního příbuzenstva nemocného, což je větší procento, než u výskytu samotného onemocnění. Nemusí to být však způsobeno dědičností, ale také životním prostředím, stravováním, nebo výchovou. Další výzkum se zabýval studií výskytu nemoci u jednovaječných nebo dvojvaječných dvojčat, kdy se choroba projevila u jednoho z dětí. Tento výzkum nebyl přesvědčivý, jelikož vše svědčilo o tom, že k přenosu choroby je potřeba větší množství zmutovaných genů, než jeden, ve spolupráci s působením vnějšího prostředí. Je zmíněno asi 13 mutací, jedna z nich je mutace bílkoviny. Nyní je možnost u rodin sledovat a zkoumat rozvoj od změn bílkovin po první projevy PCH. Závěrem je, že původem choroby je očividně chorobný proces na podkladě chemických změn v mozku, spuštěn získaným defektem, vnějším prostředím, změnou dědičné informace a dalšími. (1, s. 22, 23)

Existují analýzy zabývající se tím, jaký může mít vliv na vznik PCH pití čaje. Závěrem bylo, že pití čaje může snížit riziko PCH. Snížení není závislé na množství čaje. Studie upozorňuje na rozdíly složení zeleného a černého čaje. Existuje pouze málo prací, které se touto analýzou zabývaly. (6)

Studie z roku 2008 se zabývala rozdílným účinkem černého a zeleného čaje, jaký mohou mít vliv na vznik PCH. Tato studie došla k závěru, že černý čaj má optimální účinek na riziko vzniku PCH, u zeleného čaje nebyl pozitivní účinek potvrzen. Studie byla zaměřena také na obsah kofeinu v čaji. Sledován byl i příjem kávy a kouření cigaret. Celkový příjem kofeinu prokázal podstatný vliv na snížení rizika PCH, stejně jako koření cigaret. (7)

Jedna z dalších studií se zabývala vztahem mezi mléčnými výrobky a rizikem vzniku PCH. Závěrem bylo, že konzumace mléčných výrobků zvyšuje riziko PCH, zejména u mužů. Příčinou je zřejmě obsah neurotoxinů v mléce a změna hladiny kyseliny močové v krvi. Některé studie poukazují na snížení rizika PCH u jedinců, kteří mají vyšší hladinu kyseliny močové v krvi. Další studie se zabývají jaký vztah má hodnota kyseliny močové v krvi na riziko vzniku PCH. (8)

Hovoří se i o vztahu alkoholu a rizika vzniku PCH. Úvaha zřejmě vychází ze závěru studií, podle kterých je riziko PCH sníženo konzumací kávy, čaje nebo u kuřáků cigaret. Velká prospektivní studie, která zahrnovala 184 190 mužů a žen, neprokázala, že příjem alkoholických nápojů může zapříčinit vznik PCH. (9)

1.4 Klinické příznaky

1.4.1 Tremor

Tremor neboli třes je jeden z hlavních příznaků této choroby známý i mezi laickou společností. Vzniká na základě nedostatku dopaminu a zvýšeného vlivu acetylcholinu. Pomocí bazálních ganglií se šíří do buněk, které mají vliv na pohyb. Pokud by byl dopaminu dostatek, byly by tlumeny. U menší části nemocných nemusí být tento příznak projeven. Třes je potvrzen, až po zhodnocení fakt a charakteristiky. Nejčastěji jsou jím postižovány končetiny. Obvykle třes postupuje od prstů horní končetiny na stejnostrannou dolní končetinu a poté se přesouvá na opačnou stranu těla, postup nemusí být vždy stejný. Projevu se hlavně v klidu, ale může být zřetelný i za chůze, zhruba kolem 5 kmitů za vteřinu. Při pohybu, například při normálních denních aktivitách je třes snížen, ale zůstává.

Postupem onemocnění se mění a může jím být nemocný obtěžován. Jakýmkoli rozrušením, strach, radost se jeho intenzita zvyšuje, v době spánku a odpočinku je naopak zmírněn. Důvodem jeho přítomnosti, u nemocného vznikají sociální bariéry. Jsou užívány látky, které acetylcholin snižují tzv. anticholinergika. (1, s. 25, 26, 27)

1.4.2 Rigidita

Známa jako svalová ztuhlost je nefyziologické zvýšení svalového napětí. Pokud je končetina pasivně uhybána, je možné cítit odpor při flexi a extenzi. Toto napětí je nemocnými přirovnáno k pohybu v hluboké vodě. Rigidita vzniká stejně jako tremor nejprve vpravo nebo vlevo. Jejím následkem je nemocným pociťována bolest v ramenech, zádech, a to obzvlášť na počátku onemocnění. Zrovna tento příznak dovádí nemocné k lékaři. Z důvodu šetření určitých svalových částí jsou přetěžovány jiné svaly, nemocný má pocit přeželežého krku a napadá na jednu končetinu. Nemocnými je těžko snášena. Souvisí opět s nedostatkem dopaminu, přesný původ vzniku však není znám. Rigidita není příznakem pouze pro PCH. Pokud je podrobně vyšetřena, je možné ji označit jako příznak počínající PCH. (1, s. 27; 10, s. 176; 11, s. 97)

1.4.3 Poruchy postoje a chůze

Jeden z dalších příznaků, obtěžující nemocného. Typický postoj pro PCH je ohnuté držení těla a pokrčená kolena. Chůze je šouravá, nejisté krůčky a pomalé otáčky. Občas může mít nemocný problém s udržením rovnováhy a může dojít až k pádu. Jsou omezování pohybem v malých prostorech, kde je mnoho překážek, například nábytek. Lépe se pohybují na místech, kde je větší plocha, například les. Pozoruhodné je, že nemocným dělá větší problém chůze po rovině, než chůze ze schodů a do schodů. Následkem tahu dopředu a dozadu, je vychylováno těžiště těla, může dojít až ke ztrátě rovnováhy. Někdy může dojít k pádu, zapříčiněné zakopnutím, jelikož nemocný není schopný příliš zvedat nohy nebo kvůli sníženému tlaku po lécích. (1, s. 29)

1.4.4 Hypokineze, Bradykineze, Dyskineze

Hypokineze neboli pokles hybnosti a bradykineze neboli zpomalení pohybu jsou po tremoru další viditelné projevy PCH. Jedním z dalších projevů, jsou i dyskineze, neboli mimovolní pohyby, které jsou následkem léčby. Tyto pohyby se nejčastěji týkají končetin, ale někdy se mohou týkat i trupu, obličeje nebo šíje. Na nemocném je nejvíce viditelná snížená pohyblivost a zaujímání strnulé polohy těla. Nemocný má často potíže začít pohyb, vyjít ze sedu do chůze tzv. akineze. Míra svalové ztuhlosti s těmito příznaky nesouvisí.

Problémy jim dělají pohyby, které jsou vykonávány automaticky, například pohyb horních končetin při chůzi. Pohyby jsou zpomalené, nejsou spontánní. To je viditelné i na mimice, mrkání, řeči nebo stylu písma nemocného. Pohyb nemocného připomíná zpomalený film. Nejvíce je omezován neschopností se rozejít, přešlapuje na místě. Občas mohou nastat náhlá zamrznutí, kdy nemocný během pohybu ztuhne, například při chůzi. Během spánku jsou neschopni změnit svoji polohu, přetočit se na bok. Výjimečně může zpomalení pohybu dojít až k neschopnosti jej provést. Proč tyto příznaky vznikly, není zcela jasno. Je potvrzeno, že mající vliv na jejich vzniku, má opět nedostatek dopaminu. (1, s. 28, 32; 10, s. 175; 11, s. 120)

1.4.5 Další příznaky

Porucha řeči

U nemocného s PCH je jazyková schopnost dobře zachována. Bylo zjištěno, že nemocný s PCH tvoří delší věty, jelikož dělají mezi slovy delší pauzy. Nejčastější poruchou řeči je hypofonie, nejasný hlas a tichá řeč nebo dysprozódie, kdy nemocný trpí neschopností měnit melodii a hlasitost řeči. Další poruchou je palilálie, opakování slabik, slov a vět nebo tachyfemie, kdy je rychlé tempo řeči a může dojít až k nesrozumitelnosti. Příčinou je snížená hybnost dýchacího svalstva, z důvodu rigidity a hypokineze. Problém mohou mít i s pojmenováním věcí nebo s plynulostí slovní produkce. (2, s. 245, 253, 254)

Porucha písma

Nemocným je zmenšováno písmo, tzv. mikrografie. Tento problém ho může obtěžovat hlavně v případech, kdy se má nemocný podepsat podle vzoru, například v bance. (1, s. 30)

Porucha paměti

Nemocní mají deficit krátkodobé paměti, hlavně pracovní paměti. Tento deficit se zhoršuje s progresí onemocnění. Ještě více postižená je zrakově-prostorová pracovní paměť. Nejvíce je porušena frontální komponenta paměti, díky které se vytvářejí strategie, ukládání do paměti a volné vybavení z paměti. (2, s. 244)

Mimika

Nemocný je neschopen vyjadřovat pocity pomocí svého obličeje. Díky špatné funkci mimického svalstva, vypadá jeho výraz stále stejně, může vypadat, až apaticky tzv. maskovitý obličej. (1, s. 30)

1.5 Psychické problémy

1.5.1 Deprese

Jde o nepřiměřené pocity smutku, jiné, než známe my ostatní. Zhruba polovina nemocných během onemocnění prožije období depresí. Je to nejčastější psychiatrický problém, který tuto chorobu doprovází. Nedostatek serotoninu, dopaminu a jeho derivátů je spojen se vznikem depresí. Může se objevovat jako jeden z prvních příznaků nebo může nastoupit, až v těžších stádiích a v období pozdních komplikací. Většina nemocných má pouze lehčí depresivní symptomy, které často ani nepoznají. Menší část nemocných, zhruba 10% má problémy, které dosáhnou až těžkého stupně, včetně pokusů o sebevraždu. Typickými projevy jsou poruchy spánku, kdy se nemocný probouzí v brzkých ranních hodinách, které často doprovází poruchy hybnosti a ranní pesima. Nebo může být porucha spíše úzkostného charakteru, kdy má nemocný problémy s usínáním a opětovaným probouzením. (2, s. 247)

Mezi další příznaky patří zvýšená únava a snížená motivace. V pozdním stádiu PCH je riziko, že se přehlednou symptomy deprese a zamění se s obvyklými projevy pokročilé PCH, jako jsou poruchy spánku nebo hubnutí. Nemocný může mít problémy s komunikací, děje se to hlavně u těžkých forem nemoci. Proto je někdy velice těžké odhadnout jeho náladu. Nemocný nesděluje své emoce, je uzavřen do sebe. V tomto případě lékař jedná s partnerem, rodinným příslušníkem nebo průvodcem. (1, s. 31; 2, s. 247)

1.5.2 Demence

Poškození kognitivních funkcí pacientů s PCH se liší na rozdíl od nemocných s Alzheimerovou chorobou (ACH). U pacientů s PCH je méně poškozená paměť, jsou zachovány základní funkce jako řeč a poznávání, stejně jako možnost vstřípení a skladování informací. Ve srovnání s nemocným s ACH, pacient s PCH nemá příliš velké problémy s vybavováním vzpomínek nebo rychlým zapomínáním, naopak může dojít ke zlepšení, pomocí sémantických nápovědí. Poškozené je především funkční používání paměti.

Nemocný s PCH má problémy se zpracováním nových informací, poruchu vybavení paměťových stop a poruchy plánování. Je prokázáno, že pacienti, kteří onemocněli v pozdním věku života, mají větší riziko, že se u nich demence projeví, než pacienti, kteří onemocněli před 65 rokem. U nemocného s PCH se nejčastěji hovoří o demenci subkortikální nebo demenci frontálního typu. Jsou užívány screeningové škály například Mini Mental State Examination. Díky tomuto testu můžeme potvrdit podezření na počínající demenci nebo určit o jaký stupeň demence jde, středně těžká, těžká. Méně vhodný je u diagnostiky lehkého stupně demence. Při podezření na začínající demenci je nutné provést neuropsychologické vyšetření. Mezi vyšetření může být zařazen i test, tzv. Mattisova škála demence. (2, s. 246, 255, 259, 260)

1.5.3 Úzkost

Častý vedlejší jev každého chronického onemocnění. U nemocného s PCH ji může způsobovat i dysbalance katecholaminu. Mnohdy se kombinuje a depresi, ale může se vytvořit i samostatně. Ovlivňuje kognitivní výkon. Akutní úzkost může dosáhnout až v panickou ataku. Zřejmě je to následek přechodného nedostatku dopaminu v mozku. K její diagnostice je možné využít Dotazník úzkosti a úzkostnosti nebo Beckovu škálu úzkosti. (2, s. 248)

1.6 Diagnostika

1.6.1 Zobrazovací metody

Vyšetřením jako je počítačová tomografie (CT) nebo magnetická rezonance (MR), nemůžeme diagnostikovat PCH, ale můžeme je využít při určení nejasné diagnózy PCH. Díky nim můžeme potvrdit nebo vyvrátit některé příčiny PCH. Výsledky těchto vyšetření, bývají u PCH běžné. Nálezy patologických změn, například postischemická ložiska bazálních ganglií, jsou normální i pro starší věkové kategorie, diagnóza PCH se nevyklučuje. Při diagnostice tohoto onemocnění se nejčastěji používá pozitronová emisní tomografie (PET) nebo jednofotonová emisní tomografie (SPECT). S jejich pomocí můžeme vidět ztrátu nigralních dopaminergních buněk, což je charakteristické pro PCH. Je vyšetřován hlavně stupeň onemocnění a rychlost úbytku dopaminu. Vyšetření SPECT je méně náročné, je možné s ním vyšetřit případy, kde není možné diagnostikovat PCH pomocí farmakologických testů a neurologického vyšetření, tyto případy se vyskytují zřídka. S pomocí vyšetření PET, s radioaktivní vodou a funkční magnetickou rezonancí

(fMR), se změnou obsahu kyslíku je možné zjistit dysfunkce kognitivních funkcí u PCH. (2, s. 257, 258)

1.6.2 Jiná vyšetření

Nejdůležitější je správný odběr anamnézy a klinické vyšetření, kdy nemocného pozorně sledujeme. Všimáme si postavení těla, chůze, mimiky v obličeji nebo přítomnosti mimovolních pohybů. Možné je vyšetření v podobě testů, které však nedokážou diagnózu potvrdit. Účinným je test udržení rovnováhy. Pacient je postrčen dozadu, mírným úderem do hrudní kosti, očekávána je schopnost udržení rovnováhy. (12, s. 18, 201)

Jedním z hlavních vyšetření, které může diagnostikovat PCH patří neuropsychologické vyšetření. Často se provádí při podezření na demenci nebo kognitivní deficit. Pomocí opakujících vyšetření určité kognitivní oblasti je možné u nemocného sledovat, jak je poškození rozsáhlé. Vyšetření je hodnoceno v určitém čase, účelem je kontrola léčby a jejího efektu. Pomocí testů může být u nemocného ovlivněna úzkost nebo deprese. Je důležité, aby byla zjištěna a zhodnocena míra globálního a kognitivního deficitu, kvůli dalším postupům léčby a změně pacientova prostředí. Stejně jako u každého onemocnění je důležitá, správně odebraná anamnéza, od které se vše odvíjí. (2, s. 258, 259)

Další vyšetření, ale ne vždy využívaná jsou elektroencefalografické vyšetření (EEG), evokované potenciály (EP) nebo elektromyografie (EMG), levodopa test nebo lumbální punkce. (1, s. 141-145)

1.7 Fáze nemoci

Je důležité podotknout, že průběh fází je individuální, jak v časových úsecích, tak v projevech jednotlivých fází, které se mohou prolínat.

1.7.1 První fáze

Vývoj onemocnění je pomalý. Na počátku je nemocným pocíťována změna nálad, bolest svalů a kloubů, zácpy, zmenšení písma nebo ohnuté postavení těla. Až po dlouhém sledování nemocného, což může trvat měsíce až roky, se projeví jednostranná symptomatika jako je třes, svalová ztuhlost a zpomalenost. Většinou v tomto období je PCH diagnostikována. U nemocného probíhá adaptace na nemoc, která je intenzivní zejména po emoční stránce. Postupem let, se příznaky projeví i na druhé polovině těla. Projevy jsou tak rozsáhlé a nemocný je tak omezován, že je lékařem nasazena léčba, pokud

ještě není. Nejčastěji to bývá lék s obsahem levodopy nebo lék ze skupiny agonistů dopaminu. (1, s. 35, 36; 4, s. 21; 14, s. 172)

1.7.2 Druhá fáze

Fáze nazývána líbánky připomínající klid před bouří. Léčba nemocnému přináší úlevu a může ho dostat do dočasně normálního stavu. Toto období je popisováno jako fáze vyrovnání. Kdy je nemocný schopen o své nemoci mluvit s rodinou a okolím. (1, s. 35; 15)

1.7.3 Třetí fáze

Jak postupuje čas a také progrese choroby, je nutné zvýšení léků. Zhruba po 5-8 letech, jsou objevovány pozdní komplikace, například hyperkineze neboli mimovolní pohyby. Důvodem je léčba, ale i progrese onemocnění. Proto je důležité užívat dostatečné dávky léků a neodkládat ji. Tyto komplikace by započali tak i tak. Schopnost pracovní je částečně zachována. V této fázi může být nemocný schopen zaměstnání vykonávat, podle druhu a obtížnosti zaměstnání. (1, s. 36; 14, s. 172)

1.7.4 Čtvrtá fáze

Všichni nemocní nemusí projít rozvojem nejtěžších příznaků, které jsou ovlivňovány léčbou. Nastávají tzv. stavy off, kdy je snižována doba odpovědi na dávku levodopy kdy je narušena hybnost na několik minut, před nástupem účinku další léčby. Může se stát, že dojde k náhlému zlepšení hybnosti, stav on/off. Objevují se poruchy chůze a stability, které nemocného omezují a mohou způsobit i pád. Je spousta možných léčebných postupů, kterými se snaží zmírnit nebo oddálit počátek komplikací, ale účinek bohužel není trvalý. Nemoc zabírá většinu místa a závislost na okolí vzrůstá. (1, s. 36; 2, s. 256; 15)

1.8 Léčba

Tato choroba je nevléčitelná, je možné pouze zmírnit její příznaky. Cílem je pacientova nejlepší funkčnost, aby mohl vykonávat běžné aktivity. U léčby není dostačující pouhé užívání léků. Léky sice zmírňují projevy, ale nemají schopnost navrátit nemocnému ztracené schopnosti, proto je dobré je kombinovat i s jinými postupy jako je rehabilitace, ale i neurochirurgie. Důležitý je i postoj nemocného k chorobě a také podpora okolí a hlavně rodiny. Je dobré nemocného zapojit do určitých aktivit, i když je nemůže zcela plně vykonávat. Nemocný má právo být léčen a být dostatečně informován. (1, s. 43, 44, 59)

1.8.1 Farmakologická léčba

Léková skupina, užívána při léčbě PCH se nazývá antiparkinsonika a je dělena do třech skupin. První skupinou jsou léky základní, které nahrazují dopamin. Patří mezi ně Levodopa a Agonisté dopaminu.

Levodopa, základní lék pro léčbu této choroby, známý pod názvem L-Dopa. Přirozená látka, pomocí které vzniká v těle dopamin, za jednoduché enzymatické přeměny. Léčbu levodopou bylo nutné upravit, jelikož velká část byla spotřebována v krevním řečišti a nedošla do mozku. Přidané látky, benserazid nebo karbidopu, mají za úkol blokovat enzymatickou přeměnu a tak se všechna levodopa dostane na místo, kde má účinkovat. Potlačuje řadu základních příznaků jako je třes nebo svalová ztuhlost. První dávka je nemocnými popisována jako zázrak, jejich problémy skoro zmizely, vrátil se pocit zdraví. Některé příznaky však ovlivňuje špatně nebo vůbec například poruchy stability nebo zácpa. Před podáním je nutné oční vyšetření, jestli nemocný netrpí zeleným zákalem, jelikož v jeho případě je použití levodopy zakázáno. Je nutná zvýšená opatrnost v případech plicního nebo srdečního onemocnění, u chorob jater, žláz s vnitřní sekrecí, ledvin, také u vředové choroby žaludku nebo i psychického onemocnění. Můžou být objeveny vedlejší účinky, zvracení, nevolnost, kolísání krevního tlaku a srdeční činnosti. Zejména na začátku léčby. Někteří nemocní mají vedlejší účinky tak silné, že se nemusí dostavit správný účinek levodopy. Nasazení léčby bývá pozvolné. Je nutné užívat léky podle předpisu, být trpělivý, jelikož dlouho nenastává žádná změna. Účinek léčby nastává po několika týdnech od užití první dávky. (1, s. 46, 47, 48)

Agonisté dopaminu, látka nahrazující dopamin. Příkladem dostupných léků u nás je Mirapexin a Requip. Využívány hlavně v pokročilém stádiu nemoci. Podávají se s levodopou, kdy je možné snížit její dávky nebo na počátku onemocnění. Efekt nastupuje pozvolna a nemusí být tak velký, jako je to u levodopy. Kladem jejich užívání je odklad léčby levodopou. Je prokázáno studiemi, že včasné užívání agonistů zmírňuje progresi projevů PCH. Vedlejší účinky a kontraindikace jsou obdobné jako u levodopy. Léčba začíná malými dávkami, které se postupně navyšují. Během léčby je nutná větší kontrola nad pacienty starších 65 let nebo s projevy depresí. Je zde vyšší riziko vzniku duševních poruch. Další nepříznivé účinky patří zvýšená spavost, až náhlé usínání během dne, při vykovávání činností. V tomto případě je nutná změna přípravku, která není vždy úspěšná. Pokud se u pacientů během léčby objeví tyto projevy, na které jsou předem upozorněni, je nutné zajistit jistá opatření. (1, s. 51, 52)

Další skupinou jsou léky přídatné, které mění metabolismus levodopy a dopaminu. Do této skupiny jsou řazeny Inhibitory monoaminoxidázy (MAO-B), Inhibitory katechol-O- metyltransferázy (COMT), Amantadin a Anticholinergika.

MAO-B je jedním z enzymů, kteří odbourávají dopamin v mozku. Selegilin, například Apo-seleg, má za úkol blokovat monoaminoxidázy typu B, neboli MAO-B. Je-li zablokováno MAO-B, množství dopaminu v mozku by se mělo zvýšit a tím by se měli snížit projevy PCH. Není možné ho podávat samostatně, má pouze slabý účinek. Je kombinován s levodopou a dalšími přípravky. U pozdního stádia PCH, může se objevit zmatenost nebo jiné duševní projevy. Dnes předepisován zřídka, většinou pouze na začátku onemocnění. Při jeho užívání je problém s léčbou případné deprese. Užívá se pouze ráno nebo dopoledne, má budivý účinek. V pozdějších stádiích PCH je většinou vysazen. Novější preparát jménem Rasagilin, pod názvem Azilect, má obdobné vlastnosti, ale na základě studií je bezpečnější. Bohužel tento lék u nás není dostupný, z důvodu nestanovení úhrady zdravotními pojišťovnami. (1, s. 52, 53)

Inhibitory COMT neboli Katechol-O-methyltransferáza, patří mezi další enzymy jako MAO, odbourává levodopu a dopamin. Pokud je COMT blokován, zvyšuje se dávka levodopy v krevním řečišti, i množství dopravené do mozku. Inhibitory COMT entakapon a tolkapon byly vynalezeny s cílem delšího působení levodopy a vyšší hladiny dopaminu v mozku. Entakapon, Comptan je podávám u pozdních komplikací hybnosti, současně s levodopou. Zmírňuje proměnlivost hybnosti a jejich účinek nastupuje hned. V období snížené hybnosti tzv. off projevy úplně vymizí nebo jsou alespoň zkráceny. Komplikací může být zhoršení mimovolních pohybů nebo jiných příznaků. Nemocný musí být informován o možnosti tmavší moče. Tolkapon, Tasmal je podáván ve tří denních dávkách, z důvodu pomalejšího vylučování z těla. Účinek je podobný, jako u Entakaponu, pouze doba účinku je silnější a delší. Během jeho užívání jsou nutné kontrolní krevní odběry jaterních enzymů. U malého procenta léčených, se objevuje poškození jater. (1, s. 53, 54)

Amantadin a jeho příznivý vliv na PCH, byl objeven náhodou. Původem lék proti chřipce. Další výzkum prokázal, že zvyšuje dopamin v mozku, tím jsou zmírněny parkinsonské projevy jako je rigidita, hypokineze nebo tremor. V pokročilém stádiu jím mohou být zmírněny mimovolní pohyby, způsobené levodopou. Lék je užíván na prvotní projevy PCH a na komplikace pohybu, hlavně dyskinezi. Je možné ho podávat i v infuzním roztoku, při neočekávaných stavech s nedostatkem dopaminu. Podáním amantadinu

v infuzní formě, je možný dlouhodobý útlum hybných komplikací. Je dobře snášen, ale mohou se vyskytnout vedlejší účinky jako, zácpa, porucha močení a vidění nebo sucho v ústech. Může vyvolat i bolesti hlavy, nespavost nebo zažívací problémy. V kombinování s jinými léky a levodopou může být řazen mezi riziková léčiva, proto je velmi málo užíván pacienti, kteří jsou starší 65 let. (1, s. 54, 55)

Anticholinergika byly do objevu levodopy nejčastěji užívané léky při léčbě PCH. Při užívání je obnovována rovnováha mezi přenašeči, a tím jsou sníženy příznaky onemocnění. Využívány zřídka, z důvodu četných, vedlejších účinků. Kontraindikace podání jsou v případech zvětšené prostaty, zeleného zákalu s uzavřeným úhlem nebo při poruchách zažívacího traktu. Jeho užívání může způsobit poškození zraku, poruchu močení nebo zažívací problémy, jako je zácpa. Také může vyvolat poruchy paměti nebo zmatenost, ale to především u nemocných vyššího věku. Proto se jim neurologové vyhýbají a to zejména u pacientů starších 65 let. Léčba se zahajuje pomalu a dávka se postupně zvyšuje, podle nežádoucích účinků a toho jak působí. V případech vysazení léku, je nutné, aby byla dávka obzvláště pomalu snižována, jinak může nastat vážné zhoršení stavu. V České Republice jsou užívány tyto léky biperiden, benzatropin a procyklidin. (1, s. 55, 56)

Třetí skupinou jsou léky pomocné, které ovlivňují komplikace a příznaky PCH. Do této skupiny řadíme Domperidon, Antidepresiva, Anxiolytika, Sedativa, Atypická neuroleptika a kognitivita.

Domperidon, známý jako Motilium užíván pro lepší funkci žaludku a střev. Blokuje receptory ve stěně trávicí trubice, v srdci a cévách, i receptory v centru zvracení. Slouží jako prevence před nežádoucími účinky léčby levodopou a agonisty dopaminu. Zlepšuje vyprazdňování žaludku a to vede k úspěšnější léčbě tabletami. Je podáván před zahájením léčby levodopou a agonisty dopaminu, ale také při navýšení dávek. (1, s. 56)

Antidepresiva, díky kterým je možné v dnešní době depresi dobře léčit i s minimem vedlejších účinků. Když nastoupí účinek antidepresiv, je nemocnými popisován pocit odhodlání dále bojovat. Je důležité, aby nemocný své problémy sdělil ošetřujícímu lékaři včas nebo sám vyhledal psychiatra, z důvodu zahájení správné léčby. Pokud je u pacienta podezření na depresi nebo je potvrzena, je důležité vysadit selegilin, pokud je v té době užíván. Jeho užíváním hrozí zvýšení krevního tlaku a dalších komplikací. Je dobré

nemocného upozornit na to, že první účinek se dostaví, až za 1-2 týdny a za 3-4 týdny se dostaví maximální účinek. (1, s. 56, 57)

Anxiolytika a sedativa, léky potlačující strach a úzkosti, patří do skupiny benzodiazepinů, například Xanax, Neurol, Diazepam. Clonazepam neboli Rivotril, ovlivňuje i třes, záškuby a jiné mimovolní pohyby. Jedna z negativních vlastností těchto léčiv je, že je zde možnost vzniku závislosti, na lécách. Benzodiazepiny mohou působit špatně na psychiku a tím způsobit opačný účinek, hlavně u starších nemocných. Při této léčbě je potřeba zvýšená opatrnost, podávání co nejmenších dávek, a to jen dobu nezbytně nutnou, když je nutná delší léčba, lékaři předepisují antidepresiva ze skupiny SSRI neboli selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. (1, s. 57, 58)

Atypická neuroleptika a kognitiva. Některé léky pro léčbu hybnosti, mohou způsobit psychotické polékové projevy. Většinou je postačující jejich dávky snížit nebo je vysadit. Pokud je potřeba nasazení léčby psychotických stavů, nesmí být lékařem předepsána léčiva ze skupiny tzv. typických neuroleptik. Tyto léky způsobují blokaci receptorů dopaminu a mohlo by dojít k zhoršení stavu nemocného, příkladem je lék Haloperidol. Užívány mohou být léčiva ze skupin atypických neuroleptik, příkladem je Tiapridal, v krajních případech clozapin pod názvem Leponex. Clozapin působí i na příznaky PCH, tlumí třes a mimovolní pohyby. Nevýhodou je, že může způsobovat úbytek bílých krvinek, proto je nutné, každý týden sledovat krevní obraz. Poslední studie prokázaly, že tzv. kognitiva, původně určené pro ACH, mohou být využívána i při léčbě PCH. Jejich užíváním je zmírněn úbytek kognitivních funkcí, i psychotické změny. (1, s. 58, 59)

Součástí léčby je i deník nemocného, který slouží k zaznamenávání a sledování účinku léčby a stavů hybnosti. Záznamy nemocného slouží lékaři, aby podle nich upravil rozpis léků, aby nemocnému a jeho potřebám. Existují různé varianty deníku. (1, s. 63, 205)

1.8.2 Neurochirurgická léčba

Použití chirurgické léčby se využívá v krajním případě, po neúspěchu léčby klasickými prostředky.

Stereotaktické léze, výkon probíhající pod kontrolou zobrazovacích metod, především magnetické rezonance. Pouze s umrtvením kůže a okostice. Během výkonu jsou

nepatrně poškozena bazální ganglia, následkem je potlačení nadměrné aktivity s možností zlepšené hybnosti. Výsledkem zákroku v určitých oblastech mozku může dojít ke zmírnění třesu, svalové ztuhlosti, může být snížena zpomalenost a omezenost pohybů, ale zejména dochází k potlačení mimovolních pohybů. Tento výkon, lze provádět pouze jednostranně. (1, s. 72, 73)

Hluboká mozková stimulace je šetrnější výkon s menším výskytem komplikací. Pomocí elektrody a stimulátoru, je potlačena funkčnost určité oblasti, stálou stimulací. Tím dochází k ovlivnění určitých projevů, jako je třes, svalová ztuhlost nebo svalová ztuhlost. Možné je utlumit všechny projevy PCH a to stimulací subthalamického jádra nebo jádra vnitřního pallida, kdy mohou být sníženy základní projevy. Lze snížit medikaci, čímž vymizí polékové komplikace. (1, s. 73)

1.8.3 Rehabilitační léčba

U nemocných PCH je stejně důležitá, jako užívání medikace. Pravidelné cvičení může některé problémy odstranit nebo zmírnit. Je důležité, aby si nemocný uvědomil, jaké problémy, ho nejvíce omezují, kvůli výběru správných cviků. Procvičovat mohou mimické svaly, schopnost vstát, která jim dělá veliký problém. Dále nacvičují chůzi po rovině, s chodítkem nebo po schodech. Je možný i nácvik běžných denních úkonů a psaní. Nemocný může cvičit doma, ale často je využívána možnost léčebného pobytu v nemocnici na rehabilitačním oddělení, kde nemocný intenzivně cvičí, pod dohledem fyzioterapeutů. Možností léčby je také lázeňský pobyt, který by měl být hrazen pojišťovnou. (1, s. 83, 93, 104)

2 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY NEMOCNÉHO S PARKINSONOVOU CHOROBU

2.1 Potřeby nemocného a role sestry

Člověk není pouze soubor částí a procesů. Sestra by se měla zabývat člověkem jako celkem. Bytostí bio-psycho-sociální a holistickou. Z holistické teorie vyplývá, že deficit jedné části, může být deficitem jiné části nebo i celého systému. Každý člověk má své potřeby, které jsou projevem nedostatku a je nutné je uspokojovat. Může je uspokojovat způsobem žádoucím nebo nežádoucím. Žádoucí jsou ty, které jsou uspokojovány dle mezí zákona a neškodí uspokojované osobě ani jiným osobám. Nežádoucí jsou opakem žádoucích, kdy mohou uškodit jak sobě samotným, tak osobám v jejich okolí a během jejich uspokojení může být porušen i zákon. Velice známá je Maslowova hierarchie potřeb. Kde je jako první uvedena potřeba fyziologická, na další příčce je potřeba jistoty a bezpečí, poté potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění, sebeúcty a v neposlední řadě potřeba seberealizace a sebeaktualizace. Mezi tyto vyšší potřeby jsou řazeny tzv. metapotřeby, například potřeby růstu. Uspokojování potřeb může být ovlivněno různými faktory jako je nemoc, osobnost, mezilidské vztahy, současné vývojové stádium člověka nebo okolnosti během vzniku nemoci. Postupem života se může hierarchie potřeb změnit a to zejména v období nemoci. Je nutné, aby sestra měla teoretické znalosti o lidských potřebách, které může aplikovat v praxi. Může jí to nápomoci při pochopení chování nemocného i při sestavení ošetrovatelského procesu nebo edukaci nemocného. (16, s. 9, 10, 14, 16, 17)

Sestra je pro nemocného často jedním z nejbližších kontaktů ve zdravotnictví. Měla by být především profesionál, který musí zvládnout množství úkolů, které by však měli být zaměřené na nemocného a jeho potřeby. Při posuzování nemocného s PCH sestra zpracovává ošetrovatelskou anamnézu. Nejprve důkladně odebere anamnestické údaje. Anamnézu osobní, rodinnou, sociální a pracovní. Také sleduje problémy v určitém časovém sledu. Jak dlouho trvají, jakého jsou druhu nebo zvláštnosti vzniku onoho problému. Další informace může sestra čerpat z výsledku fyzikálního vyšetření, kde se vyšetřují subjektivní údaje sdělené nemocným a objektivní údaje zjištěné vyšetřením. Vyšetřována je hlava a krk, kardiovaskulární a gastrointestinální systém, a zejména pohybový aparát. V neposlední řadě je nutné zhodnocení stavu kůže a také možných psychických poruch. Dále se sestra zaměřuje na zvládání běžných denních aktivit, mezi které patří například stravování, spánek, hygiena nebo sebek péče. Důležité jsou také

psychologické údaje, kde se sestra zajímá o vědomí, náladu, paměť nebo sebereflexi. Při sběru dat sestra hodnotí i údaje sociální, kde ji zajímá sociální role nemocného a jeho sociální interakce, také jak zvládá komunikaci a jestli je dostatečně informován. Další informace může sestra získat z lékařské dokumentace a ordinace lékaře. Sestra se zaměřuje na výsledky biochemického vyšetření krve, výsledky vyšetření ze zobrazovacích metod jako jsou například CT, PET nebo SPECT. Důležité jsou i výsledky hodnocení motorických a kognitivních funkcí, které jsou zhodnocovány v pravidelných intervalech. V poslední řadě se sestra zaměřuje na léčbu nemocného, která může být farmakologická, rehabilitační nebo chirurgická. Po sběru všech dat, je sestra zhodnotí a vytvoří tzv. situační analýzu, kde shrne všechny informace o nynějším stavu nemocného. Jejím cílem bude formulace určitého problému a naplánování intervence. (17, s. 83-86)

Jak už bylo v této práci zmíněno, PCH se projevuje řadou příznaků, které nemocného omezují ve spoustě oblastí a ve vykonávání běžných denních činností. Z mnoha problémů se kterými se nemocný potýká, jsou v této práci zmíněny čtyři základní oblasti, které jsou často zmiňovány i v jiných pracích a literatuře.

2.2 Výživa

Biologicko-primární potřeba. Příjem potravy není pro člověka jen pouhá potřeba plného žaludku. Zejména dobré jídlo může doprovázet pozitivní emoce a docílit uspokojení člověka. Potřeba potravy patří i do oblastí psycho-sociálních potřeb. Je pro nás důležité v jakém prostředí jíme, s kým a za jakých podmínek. Výživa působí na celkový stav nemocného. Většina naší populace má naučené nesprávné návyky ohledně stravování a nehodlá je v průběhu života měnit, když jim mohou uškodit. V dnešní době, kdy máme každý nastavený svůj denní režim, je potřeba jídla uspokojena dřív, než je pocíťován hlad. Pokud však není potřeba ukojena, stává se pro člověka primární a může ovlivnit chování. Správný přísun a dostatek stravy je nedílnou součástí pro život každého člověka, některá onemocnění nebo životní situace jej mohou ovlivňovat. Může dojít k nechutenství a tím k rozvratu organismu. (16, s. 81, 82)

Nemocného s PCH často obtěžuje porucha polykání neboli dysfagie. Tento problém může být jeden z prvních příznaků této choroby. Při zjištění tohoto problému je důležité, aby jej nemocný co nejdříve sdělil svému neurologovi. Možností zlepšení stavu je úprava léku, ne vždy se problémy zlepšují. Tento problém řeší řada odborníků, nejvíce se jím zabývá logoped, postupem času i nutriční terapeut. Nemocný musí podstoupit například

logopedické vyšetření nebo RTG (rentgen). Logopedem může být zjištěna příčina vzniku dysfagie, poté je možné nasadit léčbu. Existují cvičení tzv. polykací manévry, kompenzační techniky a další. Obtíže s polykáním mohou být pouze zmírněny, nelze je trvale odstranit. Prioritou je zmírnit problémy, aby byl nemocný schopen se najíst, jídlo mu přinášelo radost a hlavně zamezit komplikacím, například zápalu plic nebo dušení. Pro efektivitu léčby je důležité, aby začala co nejdříve od prvních projevů. Vždy je nutné vyhledat odbornou pomoc. V první řadě je důležité zhodnotit soběstačnost nemocného při jídle. Pro zmírnění příznaků je dobré dodržovat určitá pravidla. Důležité je správné zaujmutí polohy nemocného při jídle. Opora celého těla, popřípadě i hlavy, pokud krmíme. U nemocných, kteří jedí sami, může pomoci ohnutí trupu a opření horních končetin o stůl. Sousto je možné zvlhčit tekutinou. Při polykání je vhodné předklonit hlavu. Je dobré zajistit časový plán jídla, kdy se nemocný cítí dobře a dostatek času na jídlo. Snažíme se vyvarovat faktorům vnějšího okolí, které by mohli narušit klid při konzumaci, například rádio. Stravu ani tekutiny nepřijímáme vleže nebo za chůze. Při uvíznutí sousta je vhodné hladit hrdlo nebo zakašlat. Tekutiny je lepší přijímat brčkem, aby byl omezen záklon hlavy. Je možné zakoupení určitých pomůcek ve zdravotních potřebách k usnadnění příjmu potravy. Nepodáváme stravu v podobě sušenek, rýže nebo oříšků, vhodnější je tekutá strava. Ke zlepšení polykání je dobré před jídlem vypít trochu studené nebo sladké vody. Toto je pár příkladů z mnoha rad a pravidel, které by měl nemocný při příjmu potravy využívat a dodržovat. Dalším problémem je nadměrné slinění, které můžete omezit žvýkáním žvýkačky a pravidelným polykáním slin. (1, s. 122-127; 18, s. 60)

2.3 Vyprazdňování

Fyziologická funkce organismu a základní biologická potřeba každého člověka, stejně jako potřeba spánku nebo výživy. Při dostatečném vyprázdnění může nastat pocit uspokojení. Vyprazdňování zasahuje do intimity člověka, proto je důležité přistupovat k problémům v této oblasti citlivě a diskrétně. Při rozhovoru jsou důležité komunikační dovednosti a znalost psychického stavu nemocného. Potřeba vyprazdňování je individuální a to zejména vyprazdňování stolice. Pro někoho je normální frekvence vyprázdnění jednou denně, pro jiného je normální jednou za dva dny. Rozdíl je i množství stolice. Často se lidé potýkají s problémem vyprazdňování mimo svůj domov. Zvláště u ležících pacientů je důležité zajistit intimitu a respektovat stud. Neuspokojení potřeby může vést k nervozitě, špatné náladě nebo úzkosti. (16, s. 95, 96)

Pro Parkinsonovu chorobu je charakteristická zácpa. Způsobuje ji samotné onemocnění, ale také léčba a později degenerace střev s přibývajícím věkem. Pro nemocného může být nebezpečná. Předejít těmto problémům se dá obvyklými zásadami. Důležitý je dostatek tekutin, až 3 litry denně. Také dbát na zbytkovou stravu, dostatek vlákniny a ovoce, které by mělo být oloupané. Mohou být užity i postupy jako je podání švestkového kompotu, vypití vlažné vody nalačno nebo pití minerální vody se síranem hořečnatým. Důležitý je i dostatečná fyzická aktivita. Pokud s vyprázdněním nepomohou tyto zásady, jsou další léčebné postupy na lékaři. Jsou-li užívána anticholinergika, je nutné je vysadit. Další možností je podání perorálních nutričních doplňků nebo laktulózy. Je nutné vyhýbat se projímadlům, jsou návyková a nevléčí příčinu. Střevní peristaltiku může zrychlit domperidon a další preparáty. Možné je i očistné klyzma. 1, s. 68; 16, s. 99, 100; 19, s. 147)

Nemocný trpí i poruchou močení. Většinou je to následek léčby nebo jiného onemocnění. Projevují se spíše u starších nemocných, častěji u mužů z důsledku zvětšené prostaty. Poruchu mohou zhoršovat léky, zvláště anticholinergika, která ochabují močový měchýř. Nutná je návštěva urologa a snížení nebo vysazení určitých léků, zejména již zmíněných anticholinergik. Při léčbě zbytněné prostaty je důležitá komunikace mezi urologem a neurologem, z důvodu nasazení správné léčby. Dalším problémem může být nutkání na močení a poruchy udržení moče, až úplná neschopnost ovládat odchod moči neboli inkontinence, která se vyskytuje především u žen. U žen je nejprve vyšetřena moč a poté dle potřeby gynekologické a urologické vyšetření. Nejprve je zahájena cílená léčba na konkrétní problém, pokud není úspěšná, je potřeba úprava medikace. Lékař může naordinovat léky, které zvětšují močový měchýř, například Mictonorm. K tomuto problému mohou být předepsána i antidepresiva. Existují jednoduché cviky pro zpevnění svalstva pánevního dna, které mohou sloužit i jako prevence. Součástí léčby je i dostatek příjmu tekutin a pravidelné vyprazdňování. Žena by se měla vyprazdňovat každé 2 hodiny a postupně intervaly mezi dalším močením prodlužovat. Pokud je žena neschopna ovládat odchod moči, může využít možnost široké škály inkontinentních pomůcek. Příkladem jsou inkontinentní vložky, které mají i funkci zachycení nepříjemného pachu, jsou užívány obzvláště během dne. S tímto problémem souvisí zvýšená hygiena intimních partií a to zejména u ležících pacientů. Možností je i použití plenkových kalhotek, především na noc nebo zavedení permanentního močového katétru. Tato řešení jsou využívány pouze

v krajních případech. Snažíme se, aby nemocný mohl "normálně" fungovat a nebyl vyřazen z rodinných a sociálních aktivit. (1, s. 70, 71; 16, s. 108, 109)

2.4 Porucha sebekoncepce (sebepojetí)

Nemocný má problém s vnímáním své osoby. Tyto problémy jsou řazeny do třech skupin, narušený obraz těla, změny v plnění rolí a narušená osobní identita a sebeúcta. PCH má spoustu projevů, které se s progresí onemocnění zhoršují a jsou viditelná. Tyto problémy se projevují například odmítáním pohledu do zrcadla, sociální izolací a dalšími. Jedním z příznaků, který je viditelný a nemocné velice obtěžuje, je třes nebo hypokineze, které jsou jedním z hlavních projevů PCH. Dalším znatelným projevem je změna postoje. Nemocný má ohnutý trup, až po šíji a pokrčená kolena. Obzvláště viditelný je tzv. maskovitý obličej, kdy nemocný nemůže vyjadřovat své pocity pomocí mimiky, z důvodu špatné funkčnosti mimického svalstva. Porušená je i řeč, která se projevuje ztišeným hlasem a špatnou melodičností, může se stát, že nemocnému není rozumět. Již v brzkém stádiu choroby se může objevit zvýšené pocení a tvorba mazu. Tento problém se vyskytuje nejčastěji v oblasti obličeje, kde může dojít k maštění až šupinatění kůže, ale může se objevovat i na pokožce hlavy, což má za následek zvýšené maštění vlasů. Doporučeno je mýt obličej mýdlem s dehtem a vlasy šampónem s látkou proti kvasinkám. Při větších problémech je nutné navštívit kožního lékaře. K tomu, abychom předešli těmto poruchám je pro nemocného důležitá obrovská podpora, zejména rodiny a okolí. Stejně jako nemocný i jeho nejbližší by měli být seznámeni s touto chorobou, jak probíhá a co vše obnáší, obzvláště v pozdějších stádiích. Důležitý je dostatečný prostor s vyrovnáním. Nemocný má největší strach z budoucnosti, z progresu choroby a přístupu okolí. Často využívanou možností je návštěva psychiatra. Nemocný by měl být vedený k tomu, aby začal vnímat své tělo, jaké je a srovnal se s jeho změnami. Možná je i návštěva různých skupin a center, která se zabývají problematikou tohoto onemocnění. Například společnost Parkinson o. s., která umožňuje seznámení s onemocněním pro rodinu nemocného, ale i širší okolí. Návštěva těchto center může být velkým přínosem pro nemocného. Možnost styku s lidmi, které trápí stejné problémy, mohou nemocnému umožnit otevřeně hovořit o své nemoci, pokud není prozatím schopen komunikovat s rodinou a okolím. Nemocní si vyměňují své názory a zkušenosti. Dále je zde možnost cvičení mluvy, ergoterapie, ale i kulturní zážitky. (16, s. 154, 155, 162-165; 1, s. 69, 199, 200; 20, s. 43-45, 204)

2.5 Pohybová aktivita

Dobrá fyzická kondice a pohybová aktivita může zlepšit zdravotní stav, chránit před nemocemi a zvýšit výkonnost orgánů. Pohybová aktivita je biologická potřeba každé živé bytosti. Nedostatek pohybu může mít za následek řadu komplikací. Jeho nedostatek působí na kardiovaskulární, respirační, metabolický, kožní a vylučovací systém. Psychická reakce na neschopnost vykonávat pohyb je individuální. Možnost volného, lehkého, rytmického a účelného pohybu je základním znakem života, který zrovna nemocní s PCH postrádají. Jak už bylo řečeno, PCH má velice projevů a zejména většina se týká pohybového aparátu. Jedním z příznaků je třes, který se nejprve vyskytuje na jedné polovině těla, ale progresí choroby se v pozdějším stádiu objevuje i na druhé polovině. Nejčastěji se objevuje především v klidových situacích, obzvláště při rozrušení, úzkostech, ale i při radosti. Později se může objevovat například i při jídle. Dalším ztížením pohybové aktivity je rigidita neboli svalová ztuhlost, kdy má nemocný pocit pohybu v hluboké vodě. Nejprve začíná taktéž pouze na jedné polovině těla, proto nemocný napadá na jednu končetinu. Jeden z nejhůře snášených příznaků, nemocného doprovází zpomalenost, chudost a omezenost v rozsahu pohybů, které nesouvisí s rigiditou. Nemocný trpí neschopností začít pohyb, například zvednutí ze židle nebo rozejít se. Často se vyskytuje přerušování uprostřed pohybu tzv. freezing neboli zamrznutí. Porucha je i v oblasti chůze, kdy nemocný dělá malé šouravé krůčky. V chůzi je nejistý, je zde riziko pádu. Pro řešení těchto problémů je důležité předem zhodnotit hybnost a soběstačnost nemocného. Rehabilitační léčba je u tohoto onemocnění stejně důležitá jako farmakologická. Existuje řada cviků, které může nemocný vykonávat i v domácím prostředí. Nejprve by měl však navštívit fyzioterapeuta, který mu cviky vysvětlí a názorně ukáže, aby je vykonával správně a neublížil si. Dobrá je aktivita rodiny, která se může zapojit k domácímu cvičení s nemocným. Nemocný by měl mít před cvičením navozenou dobrou náladu, možností je pustit si oblíbenou hudbu. V pozdějších stádiích je důležité zhodnocení uspořádání bytu. Někdy může nemocný využívat pomůcky, například chodítka z důvodu lepšího pocitu bezpečí. S nemocným je cvičena chůze po rovině a po schodech. Je důležité na něj nespěchat a dát mu dostatek času. Nekárat ho, pokud kvůli své "neohrabanosti" něco shodí nebo rozbije. Často je nutné nemocného navádět, aby cviky prováděl správně. Možností je hospitalizace na rehabilitačním oddělení, která by měla být plně hrazena pojišťovnou. Nemocný má tak možnost aktivního cvičení pod odborným dohledem. Cvičení může probíhat individuálně nebo v malých skupinách. Rehabilitace je zaměřena na procvičení

extenzorů a jejich aktivaci, například pochodováním na místě. Možností jsou i cvičení švihová. Na uvolnění svalstva jsou vhodné masáže nebo plavání v teplé vodě. Pro odstranění maskovité tváře může nemocný procvičovat mimiku před zrcadlem. Možností je využití některých cviků z jógy. Podle stavu nemocného je jednou z dalších možností použití bicyklu. Vhodné je využití ergoterapie, která může složit i jako zájmová činnost. Často jsou lékařem předepisovány i lázeňské pobyty. (16, s. 26, 28, 35, 37; 1, s. 25-29, 83, 104-106; 21, s. 245)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 OBECNÁ ČÁST

3.1 Formulace problému

Parkinsonova choroba je jedno z nejčastějších chronických neurodegenerativních onemocnění v dospělém věku života mezi 50-60 rokem. Za posledních 50 let se mírně počet onemocněných zvýšil. (2, s. 241)

Hlavní příčinou tohoto onemocnění je chybění dopaminu v bazálních gangliích ve středním mozku. Dopamin vzniká v mozkovém kmeni v substantia nigra, odtamtud je dopravován buněčnými výběžky do jader striáta. Dosud není vyjasněno, z jakého důvodu dochází k postupnému odumírání buněk v substantia nigra, což má za následek nedostatek dopaminu ve striátu. (2, s. 241, 242, 1, s. 270)

S touto chorobou jsem se v minulosti setkala, jelikož jí trpěl rodinný známí. Zajímalo mě, jak vlastně život s takovým onemocněním je a jaký život žijí lidé, kteří jím onemocněli. Většinu života jsou “normální “ a během chvíle se jejich život obrátí vzhůru nohama. Choroba má vliv nejen na život nemocného, ale i na život jejich rodiny a blízkého okolí. Nemocnému se změní kompletně celý život, jelikož PCH má spoustu projevů, které nemocnému neumožňují normálně fungovat a to postupnou ztrátou soběstačnosti, zejména v oblasti pohybu. Myslím si, že většina populace ji zná pouze pod slovem “Parkinson“, ale už nevědí, co vlastně tato choroba znamená a obnáší. Problematikou ošetrovatelské péče u PCH se budu zabývat z pohledu nemocného v domácím prostředí, z pohledu nemocného v ústavní péči a z pohledu nelékařského zdravotního pracovníka, který má zkušenosti s péčí o nemocné s PCH. Ve své práci bych se ráda zaměřila nejen na ošetrovatelskou péči, ale i na to, jak se nemocný vypořádá s diagnostikou choroby, jak reagoval na léčbu a jestli byl dostatečně informován. Dále bych se ráda zabývala tím, jak zvládá běžné denní činnosti a jaké jsou jeho ošetrovatelské problémy a jak je řeší. Z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka se budu zabývat zejména zásadami péče a nejčastějšími úkony prováděných u nemocných s PCH. Jaká je tedy problematika ošetrovatelské péče u nemocných s PCH?

3.2 Cíl výzkumu

1. Zjistit problematiku ošetrovatelské péče u nemocných s Parkinsonovou chorobou.

3.2.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak nemocný reagoval na diagnostiku a léčbu choroby.
2. Zjistit, jak nemocný zvládá běžné denní činnosti.
3. Zjistit, jaké jsou ošetrovatelské problémy nemocného a jak jsou řešeny.
4. Zjistit, jaká je ošetrovatelská péče o nemocné s PCH.
5. Zjistit, jaké jsou rozdíly ošetrovatelské péče v domácím prostředí a ústavním zařízení.
6. Vypracovat brožuru jak pečovat o nemocné s PCH pro nelékařský zdravotnický personál.

3.2.2 Operacionalizace pojmů

Parkinsonova Choroba- neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy

Bazální ganglia- je to část mozku, která má význam zejména pro koordinaci pohybů, jejich porucha souvisí se vznikem a rozvojem Parkinsonovy choroby, parkinsonských syndromů a mimovolných pohybů

Substantia nigra- část bazálních ganglií, kde je tvořen dopamin

Striatum- místo, kde působí dopamin, část bazálních ganglií

Dopamin- jehož nedostatek v bazálních gangliích působí na vznik Parkinsonovi choroby (1, s. 210, 211)

Soběstačnost- míra samostatnosti při vykonávání denních činností

3.2.3 Výzkumné otázky

1. Jak nemocný reagoval na diagnózu a léčbu choroby?
2. Jak nemocný zvládá běžné denní činnosti?
3. Jaké jsou ošetrovatelské problémy nemocného a jak jsou řešeny?

4. Jaká je ošetrovatelská péče o nemocné s PCH?
5. Jaké jsou rozdíly ošetrovatelské péče v domácím prostředí a ústavním zařízení?

3.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Ve své práci budu získávat informace pomocí kvalitativní výzkum, který se provádí zejména na malé skupině respondentů. Informace budu získávat pomocí hloubkového rozhovoru. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, se hloubkově zaměřit na mé respondenty a jejich jednotlivé problémy v různých oblastech. Také mi umožňuje s respondenty navázat bližší vztah a možnost pozorovat je. Díky kvalitativnímu výzkumu, mohu dosáhnout výše zvolených cílů a zjistit problematiku ošetrovatelské péče.

3.3.1 Metoda

Ve své práci použiji metodu případové studie. Jde o intenzivní studium jednoho případu, jedné situace, jednoho člověka, jednoho problému. Případová studie je především metodou kvalitativní. V praktické části se budu zabývat hloubkovým rozhovorem dvou respondentů, kteří trpí touto chorobou a rozhovorem s všeobecnou sestrou. Na konci bych rozhovory ráda porovnála a zhodnotila, i na základě rozhovoru s třetím respondentem, který je poskytovatelem ošetrovatelské péče a má zkušenosti s nemocnými s PCH.

3.3.2 Výběr případu

Výběr respondentů byl záměrný. Kritériem pro výběr byla nutnost onemocnění PCH a zkušenost s péčí o nemocné s PCH. Jedním z mých respondentů je žena ve středním věku žijící s manželem v rodinném domě, která před pěti lety onemocněla PCH. Mým druhým respondentem je žena v důchodu žijící v domově pro seniory, která chorobou onemocněla také před pěti lety. Mým třetím respondentem je vrchní sestra z domova pro seniory, která má zkušenosti s péčí o nemocné s PCH.

3.3.3 Způsob získávání informací

Informace budu získávat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, díky kterému získám většinu informací pro svou práci. Při polostrukturovaném rozhovoru si mohu předem připravit pouze základní osnovu rozhovoru. Informace budu získávat také pomocí pozorování. Budu mít předem připravené otázky. Před rozhovorem dám nejprve respondentům podepsat informovaný souhlas. Dotazovaní budou srozuměni s tím, že pokud nebudou chtít, nemusí odpovědět na všechny otázky a také, že mohou rozhovor

kdykoliv ukončit a je anonymní. Rozhovor budu zaznamenávat se svolením respondenta na diktafon a bude trvat zhruba 1 hodinu.

3.3.4 Organizace výzkumu

Nejprve dám respondentům podepsat informovaný souhlas. S respondenty sepíši krátkou anamnézu a poté začnu se samotným rozhovorem. Na konci rozhovory porovnam a zhodnotím. Sběr informací a rozhovor bude pobíhat u respondentů v domácím a pracovním prostředí v únoru 2016.

4 SPECIÁLNÍ ČÁST

4.1 Respondent č. 1

Pohlaví: žena

Rok narození: 1958

Alergie: neudává

Kouření: 10 let exkuřačka

Alkohol: příležitostně

Osobní anamnéza

58- letá žena, které byla Parkinsonova choroba diagnostikována v roce 2011, se do té doby léčila pouze s arteriální hypertenzí a chronickým LS syndromem, díky kterému trpí bolestmi zad. Prodělala běžné dětské nemoci.

Rodinná anamnéza

Žena je vdaná, má 2 sestry, 2 dcery a 3 vnoučata. Sestry i děti jsou zdravé, rodiče již nežijí. V předešlých čtyř generací nikdo z její rodiny PCH netrpěl.

Gynekologická anamnéza

Dochází na pravidelné kontroly. Měla 2 porody, potraty žádné.

Sociální anamnéza

Žije s mužem v rodinném domě.

Pracovní anamnéza

Dříve pracovala jako všeobecná sestra. Nyní je v invalidním důchodu.

Farmakologická anamnéza

PK- Merz (1-1-1) antiparkinsonikum

Requip 12 mg (0-0-1) antiparkinsonikum

Lorista 5 mg (1- 0-0) hypotenzivum

Detralex (1-1-1) venotonikum

Aurorix (2-0-1) antidepressivum

Nynější onemocnění

Nynější onemocnění je Parkinsonova choroba. Stav choroby je stabilní a kompenzovaný. Dalším onemocněním je arteriální hypertenze a chronický LS syndrom.

4.1.1 Rozhovor

Diagnostika a seznámení s chorobou

- Jaká byla vaše reakce na onemocnění, a jaké byly vaše první příznaky?

Ta prvotní reakce byla hrozná. Ze začátku mě to odrovnalo jako každého jiného. Říkala jsem si „proč, zrovna já“. Potom co jsem si dostatečně pobřečela, jsem se s tím smířila, co jiného vám taky zbývá. Postupně jsem si početla o tom, co mě čeká a nemine. Nejhorší je vědět co vás čeká, ale myslím si, že díky včasnému zjištění a léčbě není postup nemoci tak rychlý. Prvním příznakem bylo to, že se mi chvěla levá ruka. Myslela jsem si, že je to od páteře nebo psychické, akorát mi zemřela maminka. Tak jsem se objednala k neuroložce, ta už měla podezření a poslala mě dál k panu docentovi Machovi do Plzně. Tam mi dělali různá vyšetření a vyšel z toho Parkinson.

- Byla jste ohledně své nemoci dostatečně informována?

Ze začátku to nebylo příliš lehké, protože jsem nemohla sehnat žádnou literaturu. Příliš knih o tomto onemocnění není. Hodně jsem se toho dohledala na internetu, zejména na stránce parkinson-help, ale nejvíc mi pomohl pan docent Mach z Plzně. Ten mi toho hodně vysvětlil a zasvětil mě. Vím, že mu můžu kdykoliv zavolat, když mi třeba není dobře nebo se

chci na něco zeptat. On mi vždy vše vysvětlí a podrží mě. Je velice hodný a vstřícný. Zatím měl ke mně asi nejlepší přístup včetně mé neuroložky, na tu si nemohu stěžovat. Jinak mi přijde, že pokud potřebuju sehnat více informací nebo něco potřebuji, koukají na mě někde jako na blázna, co po nich jako chci, že sami o té nemoci skoro nic neví.

- Zajímáte se o nějaká sdružení nebo se s někým vídáte?

Už jsem si nějaká vyhledávala. Nejvíce navštěvuji internetové stránky parkinson- help, což je vlastně i sdružení pro parkinsoniky. Můžete jim psát a oni vám odpovědí na vaše dotazy. Také tam jsou příběhy jiných lidí a různé rady. Je tam možnost výletů za kulturou a tak. Prozatím si o tom jen hledám informace, ale do budoucna, až bude hůře, bych ráda něco takového zkusila. V budoucnu bych se ráda seznámila i s jinými lidmi, kteří jsou stejně nemocní jako já a bydlí někde poblíž. Tady u nás žije jeden pán, který má Parkinsona také, ale nestýkáme se.

- Dostáváte nějaké příspěvky na léčbu od pojišťovny?

Na stránce Parkinson-help mi poradili, že mohu zažádat o zdravotní průkaz a invalidní značku do auta, protože občas je chůze tak obtížná, že jsem opravdu ráda, že někam dojdu. Také bych prý měla mít nárok na příspěvek na benzín, kvůli neustálému ježdění po lékařích. Včera mi přišlo vyrozumění, že mám nárok na zdravotní průkaz, který mi umožňuje nečekat na úřadech, že mohu jít dopředu a v hromadném dopravním prostředku si mohu sednout na vyhrazené místo. Takže ve skutečnosti vám nedají vůbec nic. Na úřadech mě litují, že mám takovou nemoc, na kterou nic není, ale nárok na nic nemám. Byla jsem se ptát i na příspěvek ohledně lázní, ale bylo mi řečeno, že můj stav ještě není takový, abych měla nárok na nějaký příspěvek. Přitom si myslím, že zrovna mě a lidem ve stejném stádiu by zrovna lázně velice pomohli. Těm, kteří jsou na tom hůře, už lázeňská péče nemusí pomoci tak jako by pomohla nám. Nově začala pojišťovna hradit lék PK- Merz.

Léčba

- Jak jste reagovala na léčbu?

Ze začátku jsem pociťovala velké zlepšení, dva roky jsem měla minimální dávky. Velký rozdíl jsem pociťovala, když jsem změnila léky, protože přestali vyrábět PK- Merz. Místo toho jsem brala Viregyt- K a řekla bych, že po léku PK- Merz, se cítím o dost lépe. Třetí

a čtvrtý rok od diagnostiky mi paní doktorka předepsala Requip na noc, kvůli zhoršení třesu. Ohledně nežádoucích účinků, jsem zpočátku měla problém s čichem, že jsem špatně cítila a také trpěla nechutenstvím. To všechno se postupem času zlepšilo.

- Byla jste seznámena i s jinými typy léčby?

Lékař mi samozřejmě řekl nejvíce o konzervativní léčbě, kterou užívám. Byla jsem, ale seznámena i s možností chirurgické léčby. Hned jsem se toho chytla a začala si o tom zjišťovat informace. Následně jsem kontaktovala lékaře, asi tři roky zpátky. Pan docent mě zahrnul do pořadníku a řekl mi, že díky tomu, že jsem zdravotník, bych se mohla dostat do popředí seznamu žadatelů. Uběhl rok, dva a nikdo se mi neozval, tak jsem se rozhodla pana docenta kontaktovat a zeptat se, jak to vypadá. Ten mi sdělil, že mojí operaci konzultoval s doktory z Prahy a ti mu řekli, že už jsem na tento zákrok stará. Byla jsem překvapená, protože jsem jednou v televizi viděla pořad, kde tento zákrok byl provedený paní, které bylo 62. Ta si výsledek velice chválila, tak mě to mrzelo. Pan docent mi řekl, že se mohu zkusit zeptat ještě jinde, ale v Praze by mě prý neoperovali. Takže se spoléhám jen na léčbu ve formě léků a rehabilitace.

- Zkoušela jste i alternativní léčbu?

Moc těmto věcem nevěřím. Můj manžel se snaží stále něco hledat. Objednával mi různé kapky a další věci, ale nic nepomohlo. Jednou jsem se nechala přemluvit a jeli jsme k nějaké léčitelce, kterou navštěvuje jeho známá. Paní mě píchala do ruky asi hodinu a jediné co zjistila je, že mám červy v hlavě, nemocná játra a slinivku. Naordinovala mi nějaké kapky, které sama namíchá, a pak prý zahájíme léčbu na Parkinsona. Manžel to chtěl vyzkoušet, tak jsme souhlasili. Za pár dní mi přišly čtyři kapky, kyselina chlorovodíková a prášky na odčervení zvířat, abych se očistila, poté bude možné začít s léčbou. Já jsem, ale s tímto nesouhlasila. Přišlo mi, jako by si ze mě dělala legraci, abych se odčervila jako zvíře. Tyto věci nijak neodsuzuji a respektuji, že jim někdo věří. Jsou lidé, kteří s těmito věcmi měli i kladné zkušenosti, ale já jsem po téhle zkušenosti vše zavrhl a žádné jiné možnosti nezkoušela a ani nehodlám.

Zvládání každodenních činností

- Jak zvládáte běžné denní činnosti?

Zatím běžné denní činnosti zvládám bez problémů. V kuchyni funguji normálně, ani s běžným úklidem doma nemám problémy, pokud nejsem více ztuhlá. Osobní hygienu nebo oblékáním prozatím také zvládám. Pokud jsou některé dny opravdu zlé a jsem hodně ztuhlá, pomáhá mi se vším manžel.

- Jak na vás hledí okolí a vaše rodina?

Ohledně vyřizování věcí na úřadech a podobně, byla moje dosavadní zkušenost zatím malá, ale dobrá. Když pak vidí, jak jsem rozklepaná a zadržávám se, jsou trpěliví a ochotní. Co se týče mé rodiny, mám skvělé zázemí. Rodina pro mě má velké pochopení, stejně i přátelé a známí. Doposud jsem nevypozorovala žádný problém. Nikdo se na mě nedívá divně, když mám stavy, kdy se klepu opravdu hodně a neřeší to.

- Jaké problémy vás během dne nejvíce obtěžují?

Asi, když chci něco rychle udělat, tak mi to nejde. Velkým problémem jsou pro mě věci, kde je nutná jemná motorika. Hlavně šití, když si dělám něco na stroji a potřebuji to došít v ruce, tak většinou nemám šanci. Stejně je to i s pletením. Dříve jsem pletla a šila hodně, a ráda. Teď už nemohu. Takže největším problémem vidím drobnější práce, které opravdu nezvládám, a pak samozřejmě i jiné činnosti, pokud je můj stav zhoršený.

- Měnila jste nějak interiér vašeho bytu?

S manželem jsme se před diagnostikou chystali postavit nový dům, ale po diagnostice jsem od toho chtěla ustoupit. Manžel se, ale rozhodl, že dům rovnou upravíme do budoucna, až bude potřeba více prostoru, třeba pro vozík. Takže tady máme bezbariérový přístup. Jednoduše jsme se připravili na to nejhorsí. Prozatím jsme se vyhnuli hlavně kobercům, kvůli mé nejisté chůzi, abychom předešli pádu.

Ošetrovatelské problémy a intervence

- Máte problémy v oblasti výživy? A jak je popřípadě řešíte?

Problémy s jídlem jsem měla pouze na začátku léčby. Neměla jsem vůbec na nic chuť, vůbec jsem nemusela jíst. Časem se to všechno upravilo. Stravu jsem měnit vůbec nemusela, vždy jsem jedla hodně zeleniny a ovoce. Prozatím se nemusím vyhýbat ani

žádným určitým potravinám. Zatím se i docela dobře najím, jelikož jsem pravačka a třes mi převládá v levé ruce. Ze začátku mi bylo řečeno, že se mám vyvarovat kávy, ale teď jsem se někde dočetla, že naopak by se měla káva pít. Takže vám vlastně nikdo není schopen říct, co je vlastně dobré a co ne. Já piji tak dvě kávy denně, dávám přednost čaji. Jinak se snažím hodně pít, hlavně čistou vodu.

- Máte problémy v oblasti vyprazdňování? A jak je popřípadě řešíte?

To zatím nemám. Víím, že díky léčbě mohou být problémy se zácpou, ale ještě mě to nepostihlo. S tímhle vším, ale počítám do budoucna a čekám, až to přijde.

- Máte problémy s péčí o kůži a dutinu ústní? A jak je popřípadě řešíte?

Problém mám se suchostí v ústech. Obzvláště, když déle mluvím tak mi úplně vyschne v hrdle. Víím, že jsem četla i o možnosti nadměrného slinění, ale tento problém, jsem zatím nepocítila, spíše to sucho. Pokud mi vyschne v ústech a hrdle řeším to pouze tím, že se pořádně napiju. Co se týče péče o kůži, nemastí se mi, jak je většinou všude psáno. Já mám spíše suchou kůži, musím se stále mazat. Byla jsem na to zprvu také upozorňována, že je to normální, pokud by se mi pleť více mastila, ale jak jsem říkala, trápí mě spíše opak. Suchou pleť řeším pravidelným promazáváním krémem a také pitným režimem.

- Máte problémy s komunikací? A jak je popřípadě řešíte?

No, stalo se mi asi třikrát, že se mi hůře artikulovalo. Říkala jsem to své neuroložce a ta říkala, že to samozřejmě bude horší, takže pokud se to zatím samo rozmlví, není nutné to prozatím řešit. Nesmím hlavně mluvit rychle. Dříve jsem byla zvyklá hodně rychle mluvit, ale teď se při příliš rychlém mluvení zadržávám, takže jsem se musela naučit trochu zvolnit. Zrovna tohle jsou věci, které když se stanou, tak vás seberou. Přitom se zadržne kde kdo, ale když máte tuhle nemoc, víte, že to bude už jen horší. Pokud se tyto problémy zhorší, což určitě, plánuji navštívit logopeda.

- Trpíte stresem, úzkostí nebo depresí? Jak popřípadě tyto stavy řešíte?

Zprvu mě to opravdu sebralo, takže jsem po diagnostice vyhledala pomoc psychiatra, ke kterému chodím do dnes. Dnes si spíše kamarádsky popovídáme. Také mi předepisuje léky. Pokaždé, když mě potká něco nového, co tahle nemoc obnáší, vážně mě to semele. Takže ty léky jsou nutné, ale jak jsem říkala, mám opravdu skvělou rodinu a obrovskou

podporu. Největší motivací do budoucna jsou pro mě vnoučata a hlavně, abych co nejdéle normálně fungovala a oddalovala projevy.

- Jak řešíte třes a samovolné pohyby?

Samovolnými pohyby prozatím netrpím. Třes řeším pravidelnou medikací. Nic jiného se, ani dělat nedá. Někdy je to dobrý a někdy horší. Jeden čas jsem měla problém se zvýšeným třesem během spánku, ale to jsme s mojí doktorkou vyřešily další medikací. Více mě trápí klidový třes, pokud začnu něco dělat je to lepší. Takže já ho řeším tím, že se snažím ruce zabavit něčím jiným. Obtěžuje mě zejména ve společnosti, když je viditelný a ostatní lidé ho vidí.

- Jak řešíte zvýšenou ztuhlost a stavy off?

Na rehabilitaci mi doporučili cviky, které doma cvičím, abych předešla těmto stavům, a hlavně dodržuji pravidelnost léků. Jednou měsíčně navštěvuji neuroložku, takže se to snažím mít pod kontrolou, jinak upravujeme medikaci. Někdy je to všechno v pořádku a bez problémů, i tři dny. Pak něco dělám a nejdnou z ničeho nic, úplně ztuhnete a neuděláte nic. Takhle ztuhlá jsem pět, někdy až deset minut a pak se musím postupně rozhýbávat. To je nejhorší. Ze začátku, když mi o stavu „zamrznutí“ říkala paní doktorka a četla jsem o tom, nevěřila jsem. Ale pak jsem to poznala a je to opravdu strašné. Z ničeho nic jste úplně ztuhlá, jako zamrzlá. Když je ta ztuhlost pozvolná, tak jsem na to nějak připravená, tohle je horší. Jednou se mi tedy stalo, že mi krční páteř zatuhla tak, že mi ji museli odblokovat.

- Jak řešíte problémy s pohybem? Snažíte se předcházet pádům?

S pohybem zásadní problémy nemám, pokud není větší ztuhlost, to je pohyb horší. Snažím se stále sportovat. Pokud to jde, jezdím na kole a doma pravidelně cvičím. Chodím hodně na procházky, hlavně se psem. Myslím si, že pohyb je u tohoto onemocnění velice důležitý a neměl by se zanedbávat. Zatím nepadám, ale pro jistotu chodím stále s hůlkami. Jsou pro mě takovým pocitem bezpečí a jistoty. Mám chronický LS syndrom, takže mám pravou nohu trochu „ochrnutou“ a nemohu se o ni ani opřít. Také doma nemáme koberce, jelikož by bylo větší riziko, že upadnu. Někde jsem četla o rozdílu chůze po schodech a po rovině, že chůze po rovině je obtížnější. Prozatím tyto problémy nemám.

- Obtěžují vás problémy se spánkem, bolest nebo jiné?

Se spánkem a odpočinkem nemám problémy. Dříve mě obtěžoval zvýšený třes v noci, ale paní doktorka mi nasadila léky, které to utlumily. Problém mám, když mi paní doktorka mění dávku léků, tak se cítím otupěle a více unaveně, ale to je jednou za čas a za pár dní se to zlepší. Bolest nepociťuji žádnou, bolí mě jen záda.

Ošetřovatelská péče

- Snažíte se rehabilitovat?

Snažím se nejčastěji, co to jde, pokud je místo a dostanu se tam. Jsem ráda, když ji mohu využít dvakrát do roka, někdy i jenom jednou. Pokud nemají místo vůbec, řeknou mi po telefonu, co mám cvičit. S panem doktorem se znám, takže pokud je to možné, dochází i ke mně domů nebo já k němu. Jinak to není příliš jednoduché sehnat rehabilitaci, hlavně v místě bydliště. Jednou jsem se ptala v jedné nemocnici na možnost docházet za fyzioterapeutem, kvůli cvičení, ale bylo mi řečeno, že mají svým pacientů dost a nemají velkou zkušenost se cviky pro Parkinsoniky. Manželka doktora zde u nás kurz pro takto nemocné má, to je skvělé. Chodím k ní na sezení, kde cvičíme a ukazuje mi co a jak dělat, a nedělat. Po osmi až desíti sezeních u ní cítím opravdu velkou změnu, kterou pociťuji několik měsíců. Cvičím různě, někdy dva týdny necvičím, ale chodím denně pouze se psem a jsem v pořádku, ale pokud pociťuji, že tuhnu, cvičím celý týden intenzivně a trochu se to zlepší. Myslím si, že cvičení je velice důležité a je u této nemoci nezbytné. Kdybych od začátku necvičila a neměla tolik pohybu, byla bych na tom podstatně hůř. Nedávno jsem ulehla na pár dní, z důvodu nějaké virózy a bylo to na mě velice znát, že jsem neměla každodenní pohyb. Také jezdím do termálních lázní, které si sama hradím. Jezdím s manželem nebo sestrou. Snažím se šetřit a jezdím tak čtyřikrát do roka, protože mi dělají opravdu dobře.

- S jakými lékaři spolupracujete?

Chodím ke svému obvodnímu lékaři a své neuroložce, kterou navštěvuji pravidelně jednou měsíčně. Také navštěvuji psychiatra, jak už jsem zmiňovala. Občas to opravdu není lehké, a jelikož jsem teprve na začátku, čeká mě ještě spousta změn a nových věcí, takže vím, že jeho pomoc budu velice potřebovat. Vždy mi nějakou dobu trvá, než si na něco zvyknu, že to tak je a bude se to jen zhoršovat. Dále navštěvuji pana docenta Macha v Plzni, teď už

méně než na začátku. A pokud je možnost, navštěvuji svého fyzioterapeuta. Jiné lékaře nenavštěvuji.

- Byla jste za dobu své nemoci hospitalizována v nemocnici? Pokud ano, jak o vás personál pečoval?

Za dobu co jsem nemocná, jsem v nemocnici hospitalizována nebyla, takže nemám zkušenosti, jaká je v nemocnici péče o takto nemocné.

- Jaké si myslíte, že jsou zásady péče o nemocného s Parkinsonem?

Myslím si, že ta péče je určitě v něčem jiná, ale sestra by měla nemocného brát jako ostatní a nedělat rozdíly. Samozřejmě je velice důležitá trpělivost a mít na nás čas. Například, když zatuhnete, musíte se opravdu pomalu rozhybat a to chvíli trvá. Také nám, tedy aspoň mě občas něco déle trvá nebo se zadržávám. Takže čas považuji za nejdůležitější zásadu ohledně péče o takto nemocné.

Zpočátku bylo vidět, že je respondentka nesvá. Před rozhovorem mi sdělila, že ještě donedávna jí dělalo problém o své nemoci hovořit. Zprvu neudržovala oční kontakt a mluvila tichým, klidným hlasem. Respondentka seděla naproti mně, její tělo bylo strnulé. Postupně bylo vidět, že se více uvolnila a zaujala pohodlnější polohu. Také se více otevřela a rozmluvila. Bylo, ale vidět, že otázky typu vyprazdňování a další, jí nejsou příliš příjemné. Zpozorovala jsem také třes, který byl opravdu viditelný. Zejména, když měla ruce v klidu, když mi nalévala pití, třes se zmírnil. Myslím si, že má respondentka se s chorobou stále nesmířila a stále jí není příliš příjemné o ní hovořit.

4.2 Respondent č. 2

Pohlaví: žena

Rok narození: 1937

Alergie: neudává

Kouření: nekuřačka

Alkohol: nepije ani příležitostně

Osobní anamnéza

79- letá žena, která Parkinsonovo chorobou onemocněla před pěti lety v roce 2011. Do diagnostiky netrpěla žádným onemocněním. Prodělala pouze běžné dětské nemoci. Podstoupila dvě operace, TEP levého kolene, hysterektomii s částečnou adnexetomií.

Rodinná anamnéza

Žena je vdova, má 2 syny a 3 vnoučata. Děti jsou zdravé. Bratr zemřel v 60 letech na těžký diabetes melitus, matka zemřela přirozenou smrtí a otec na karcinom prostaty.

Gynekologická anamnéza

Měla 2 porody, potraty žádné. Prodělala hysterektomii s částečnou adnexetomií.

Sociální anamnéza

Žije v domově pro seniory.

Pracovní anamnéza

Nyní starobní důchod. Dříve pracovala jako úřednice.

Farmakologická anamnéza

Viregyt K (1-0-0) á 9 hod antiparkinsonikum

Algifen 20 gtt. dle potřeby analgetikum

Aulin tbl max 1 x denně antirevmatikum

Apo-ome (1-0-1) antiulcerózum

Kinito (1-1-1) digestivum

Pangrol (0-1-0) digestivum

Hylak 1x denně digestivum

Kventiaw 25 (0-0-1) antipsychotikum

Citalopram 20 (1-0-0) antidepressivum

Dormicum 7,5 ½ dle potřeby hypnotikum

Nynější onemocnění

Nynějším onemocněním je Parkinsonova choroba, stav je stabilní a kompenzovaný. Dalším onemocněním je parkinson syndrom, kachexie a tukový nádor v oblasti dutiny břišní.

4.2.1 Rozhovor

Diagnostika a seznámení s chorobou

- Jaká byla vaše reakce na onemocnění, a jaké byly vaše první příznaky?

Reagovala jsem asi šokem, ale prakticky jsem vlastně ani pořádně nevěděla co to je. To jsem se až postupem času dočetla. První čeho jsem se u sebe všimla, byl třes, takže jsem vyhledala lékaře a ten mi po vyšetřeních diagnostikoval Parkinsona. První 3 roky to bylo docela dobré, ale poslední dva to jde vše hrozně rychle a projevilo se u mě hodně dalších příznaků.

- Byla jste dostatečně informována?

Lékař mi tenkrát řekl, že mám Parkinsonovu chorobu, ale že by tenkrát nějak vyličil, co mě vlastně čeká a sdělil mi bližší informace, se říct nedá. Spíše jsem se vše dozvěděla sama, co jsem si kde přečetla. Myslím si, že o této nemoci vědí hodně spíše specialisti, kteří se touto nemocí zabývají, ale jiní lékaři o tom moc nevědí.

- Zajímáte se o nějaká sdružení nebo se s někým vídáte?

Chystala jsem se do jednoho klubu, ale ještě jsem se tam nedostala. Bud' jsem byla špatná, že mi to můj zdravotní stav nedovolil nebo tam nebyli.

- Dostáváte nějaké příspěvky od pojišťovny?

Nikdo mi nic nenabídl, ani o ničem nevím, možná, že teď je to jiné. Jednou jsem někde četla, že člověk s PCH má nárok jet jednou za život do lázní, já se k tomu bohužel nedostala. Bála jsem se, že bych to tam sama nezvládla, kvůli mé nesoběstačnosti.

Léčba

- Jak jste reagovala na léčbu?

Myslím si, že dobře. Ze začátku pociťujete tedy obrovské zlepšení, které po čase zmizí a ustálí se to. Žádných nežádoucích účinků jsem si nevšimla, akorát když si vezmu ten lék, cítím jak je mi trošku divně od žaludku, ale po chvílce je to dobré. Jelikož mám problémy s žaludkem a špatně trávím, jeden čas mi léky špatně zabíraly. Teď se mé problémy s trávením o hodně zlepšily, takže i ta léčba je účinnější. Důležité je brát pravidelně léky, včas i správné množství, pokud bych si jich vzala více, budu mít ještě větší samovolné pohyby.

- Byla jste seznámena i s jinými typy léčby?

Zrovna tady mám článek, kde píší o chirurgické léčbě, ale je to prý velice obtížný zákrok. O různých možnostech jsem se dočetla, ale nic jsem nezkoušela.

- Zkoušela jste i alternativní léčbu?

Byla jsem u léčitele, který mi slíbil, že mi tu chorobu odstraní, ale mě to přišlo nepravděpodobné. Dal mi nějaké léky na rostlinné bázi, ale já jsem to se svým žaludkem nezvládla, dělalo mi to potíže, takže jsem tu léčbu nedokončila. Myslím si, že to stejně není možné, aby mě někdo vyléčil, takže užívám pouze léky od lékaře, které zmírňují projevy nemoci.

Zvládání každodenních činností

- Jak zvládáte běžné denní činnosti?

Moc toho už sama nezvládám. Starám se o svoji hygienu a jsem schopna se sama obléci a poklidit si pokoj, ale nějaké větší práce už nezvládnou. Hodně mě bolí ruce, hlavně ramena a jde to, až do krční páteře a hlavy. Nevím, jestli to souvisí s touhle nemocí nebo něčím jiným. Hodně mi pomáhá, že mám denní režim, že vykonávám vše ve stejný čas. Pan doktor říkal, že i vycházky ven by měly být ve stejném čase.

- Jak na vás hledí okolí a vaše rodina?

Rodina a okolí mě velice podpořili, měla jsem velkou podporu.

- Jaké problémy vás během dne nejvíce obtěžují?

Obtěžuje mě, že nejsem schopná postarat se normálně o domácnost. Doma už jsem to nezvládala sama. Velkým problémem pro mě bylo i uvařit a pak už jsem to nezvládala vůbec. Je to velice zatěžující, když nezvládáte tyto běžné věci. Mojí zálibou bylo vždy čtení a tuto činnost mohu vykonávat stále, také se ráda dívám na televizi. Z důvodu velké bolesti rukou nemohu s ostatními chodit do dílen, které zde máme a vytvářet různé věci. Také to jsou často titěrné práce, které díky své nemoci nezvládnou, to mě mrzí.

- Měnila jste nějak interiér vašeho bytu?

Doma jsem to nijak upravené neměla, také jsem tam hodně padala. Tady se cítím lépe, mám zde větší jistotu a mám tu více prostoru.

Ošetřovatelské problémy a intervence

- Máte problémy v oblasti výživy? A jak je popřípadě řešíte?

Ohledně stravy jsem se tady hodně zlepšila. Doma jsem měla problémy. Mám tukový nádor v břišní dutině, takže mám problémy s jídlem spíše kvůli tomu, špatně jsem trávila, ale zde je to o hodně lepší. Jelikož jsem hodně zhubla, tak mi tady dávají nutridrinky, abych měla dostatek živin. Co se týče jídla, netrápí mě třes, ale spíše samovolné pohyby, takže u jídla využívám speciální příbor, aby se mi lépe jedlo.

- Máte problémy v oblasti vyprazdňování? A jak je popřípadě řešíte?

S vyprazdňováním problém nemám. Víím, že díky léčbě mohu trpět zácpou, ale prozatím takové problémy nemám. Občas mám nutkavé pocity na močení, ale to nemusí být způsobeno touto nemocí, ale věkem myslím si.

- Máte problém s péčí o kůži a dutiny ústní? A jak je popřípadě řešíte?

Mám problém s pocením, často se nadměrně potím, nevím z jakého důvodu. Kůži mám hodně suchou, musí mě hodně mazat. Nadměrného tvoření slin jsem si nevšimla, spíše mám neustále sucho v ústech. Nejčastěji to řeším tím, že se napiji.

- Máte problémy s komunikací? A jak je popřípadě řešíte?

Problém s komunikací nepocítuji. Možná, teď hůře artikuluji, ale jinak o jiném problému, nevím a nijak to neřeším.

- Trpíte stresem, úzkostí nebo depresí? Jak popřípadě tyto stavy řešíte?

Psychiatra jsem navštívila až déle po diagnostice. Paní doktorka mi předepsala nějaké léky na psychiku, tady taky nějaké užívám. Dokud jsem bydlela doma, paní doktorku jsem navštěvovala. Nyní žádného lékaře nenavštěvuji, možná v budoucnosti, které se bojím. Protože vše bude už jen horší a horší.

- Jak řešíte třes a samovolné pohyby?

Třes pro mě není příliš velkým problémem. Jak vidíte, je opravdu mírný a to zřejmě díky léčbě. Více mě obtěžují samovolné pohyby, kterými trpím. Mám je hlavně ráno a dopoledne, ale odpoledne zase ustupují. Nejhorší je to, když vstanu a začnu něco dělat, když se chci obléct, vyčistit si zuby a tak. Tyto problémy řeším pouze užíváním léků.

- Jak řešíte zvýšenou ztuhlost a stavy off?

Ztuhlost je nejhorší po ránu. První léky mám ráno v 7 hodin. Pokud se probudím dřív, tak nikam nemůžu, jak jsem ztuhlá. Snažím se to pomalu rozcvičit a rozpohybovat. V noci mě ztuhlost moc netrápí, ale pokud bych chtěla hned vstát a dojít si třeba na toaletu, nezvedla bych se. Problém je pro mě i to, když se chci rozejít se ze sedu. Pokud sedím, nemohu se rychle zvednout a jít. Musím nejprve vsát a pak teprve se mohu rozejít.

- Jak řešíte problémy s pohybem? Snažíte se předcházet pádům?

Pokud mi dobře zabírají léky, tak mohu bez problémů chodit. Nejhorší je to jednu až dvě hodiny před braním léků, to je mi hrozně, ale pak až zaberou je zase vše v pořádku. Nejhorší je období, kdy se mi mění léčba a to mi chůze dělá velké problémy. Tohle krizové období vymizí potom, co se hladina léků upraví a začnou opět fungovat. Toto období prožívám zrovna teď. Snažím se hlavně nezůstat v nečinnosti, chodím pravidelně na procházky. Chodím s chodítkem, bez kterého se bojím chodit, je to moje jistota, že neupadnu. Doma jsem padala hodně.

- Obtěžují vás problémy se spánkem, bolest nebo jiné?

Velkým problémem je pro mě bolest rukou, kterou jsem již zmiňovala, občas se k tomu přidá ještě bolest zad a nohou, je to takové divné, těžko se to popisuje. Na noc dostávám lék na spaní.

Ošetrovatelská péče

- Snažíte se rehabilitovat?

Snažím se pravidelně cvičit a být stále v pohybu, nezatuhnout. Každý den chodím pravidelně na procházky.

- S jakými lékaři spolupracujete?

Když jsem byla ještě doma, navštěvovala jsem svého pana doktora a psychiatricku. Sem do domova dochází neurolog, který se o mě stará. Jiného lékaře nemám. Potřebu navštěvovat opět psychiatra nemám.

- Byla jste za dobu své nemoci hospitalizována v nemocnici? Pokud ano, jak personál pečoval?

Za dobu, co touto chorobou trpím, jsem v nemocnici hospitalizována nebyla, takže to nemohu posoudit.

- Jaké si myslíte, že jsou zásady péče o nemocného s Parkinsonem?

Hlavně mít čas, nespěchat. Dbát na pravidelný pohyb a cvičení a také pravidelné užívání léků. Při stavech ztuhlosti a zamrznutí nespěchat a pomalu se rozhýbat. U nás sestřičky vědí, že mám největší problémy ráno. Snaží se mi proto hodně pomoci, o mé nemoci vědí a proto pro mě mají pochopení, dávají mi prostor a čas.

Respondentka byla velice milá a vstřícná. Tento rozhovor pro mě byl velice příjemný. Seděla jsem naproti respondentce, která po celou dobu rozhovoru udržovala oční kontakt. Třes jsem u respondentky skoro nezpozorovala. Velice viditelné byly samovolné pohyby, které se týkaly zejména horních končetin, ale také nohou i hlavy. Všimla jsem si zhoršené artikulace. Během rozhovoru na mě působila velice klidně a vyrovnaně. Mým názorem je, že s chorobou je respondentka smířená, ale obrovský strach má z budoucnosti. Nešlo si nevšimnout, že na otázku týkající se rodiny, odpověděla velice rychle a stručně. Dále jsem se raději nevyptávala.

4.3 Respondent č. 3

Pracoviště: Domov pro seniory

Pozice: Vrchní sestra

Vzdělání: Mgr. Všeobecná sestra

Věk: 56 let

Praxe s Parkinsoniky: 20 let

4.3.1 Rozhovor

Klient a PCH

- Jak myslíte, že nemocní reagují na toto onemocnění?

Někteří nemocní se s tím úplně srovnají, že musí být v neustálé péči neurologa, že onemocnění mají a snaží se to brát, tak, jak to je. Naučí se s onemocněním žít a potom, když mají nějaký problém, například velké samovolné pohyby, přijdou a řeknou nám, co se děje a mi to nějak vyřešíme. Hodně záleží na člověku, jestli tomu propadne nebo se s tím smíří. Je to stejné jako u jiných onemocnění.

- Jak podle vás nemocní reagují na léčbu?

Záleží na tom, kdy jim byla nemoc diagnostikována a kdy byla zahájena léčba. Myslím si, že většinou léčba plní svůj účel, že zmírňuje příznaky. Někaké vedlejší účinky léčby, které by nemocné obtěžovaly, jsem nevyozorovala, ani klienti si nestěžovali. Také záleží na přidruženém onemocnění. Jedna naše klientka musí jíst po menších částech, ale má ještě přidružené onemocnění, které se trávicího traktu týká.

- Myslíte si, že jsou nemocní o své nemoci dostatečně informováni?

Ti klienti, kteří přijdou k nám, jsou informováni dostatečně. Pokud je to klasická PCH a jsou v péči neurologické ambulanci, tak jsou nemocní dostatečně informováni. Pokud je to počínající parkinsonský syndrom, který začne klasickým třesem ruky, který vznikl například v rámci demence, tak už ta informovanost taková není a hlavně, ty informace už tolik nevstřebávají. Ale klienti, kteří s PCH žijí už delší dobu a přijdou sem k nám, mají informaci dostatek.

- Jakou máte zkušenost s projevem demence u nemocných s PCH?

S tímto jsem se moc často nesetkala. Když si vzpomenu na nemocné s PCH, o které jsme tu pečovali nebo pečujeme, nevzpomínám si, že by se u většiny projevila demence. Je také rozdíl jestli je to PCH nebo parkinsonský syndrom. Řekla bych, že zde máme více klientů

s parkinsonským syndromem, kteří mají sklon k demenci nebo se u nich projevila, než pacientů, kteří trpí samotnou PCH a demencí.

- Co si myslíte, že nemocné nejvíce ohrožuje?

Myslím si, že je nejvíce ohrožuje zácpa, která vzniká následkem léčby. V posledních stádiích je to častým problémem, který je těžko řešitelný a může dojít, až k ileu.

Ošetřovatelské problémy a intervence

- Jaké problémy podle vás nemocný nejčastěji má a jaké ho obtěžují nejvíce?

Myslím si, že je nejvíce obtěžuje ztráta pohybu a třes. Jako další problém budou určitě pády a postupná ztráta soběstačnosti, záleží na tom, v jakém jsou stádiu, od toho se všechny jejich problémy odvíjejí.

- Výživa

My vše přizpůsobujeme aktuálnímu stavu. Záleží to na stádiu nemoci a problémech toho klienta. Naši klienti mají přizpůsobenou stravu. Máme zde v jídelníčku mixovanou stravu, kdy mají mixované úplně všechno, i ovoce. Pak máme mletou stravu a to je mixované pouze maso. Vyhýbáme se rýži a podobným potravinám, často si ty lidé sami řeknou, na co jsou zvyklí, co můžou a co ne, jelikož s chorobou žijí už delší dobu. Máme zde nutriční terapeutku, která s klienty udělá vstupní rozhovor ohledně stravy, a já dělám RNA screening a z toho ona vidí, jestli jsou správně živeni. Pravidelně naše klienty vážíme, takže pokud jdou dolu s váhou, dostávají nutridrinky. S nechutenstvím si myslím, že problém nemají, mohou si sami vybírat, pokud jim nějaké jídlo nedělá dobře na žaludek. Využíváme i zahušťovač, kterými zahušťujeme tekutiny, pak to mají spíše jako přesnídávku. Ohledně samotného stravování zde máme příbory, které jsou jinak vytvarované, aby se klientům lépe držely, které využívají i klienti bez Parkinsona a klienti s Parkinsonem je využívají individuálně, podle současného stavu. Máme zde protiskluzové podložky, aby jim neujížděl talíř.

- Vyprazdňování

Tento problém je individuální. U nás jeden klient trpí zácpou a druhý zase ne. Vyprazdňování pravidelně sledujeme, snažíme se i v kuchyni jim dávat různé doplňky stravy, například kyselé mléko nebo švestky. Pokud nezabere tato možnost, dáváme

projímadla. Může dojít až k nutnosti podání klyzmatu, obzvlášť v posledním stádiu. Tyto problémy už jsme zde měli a řešili je. Jestliže jsou tedy problémy se zácpou časté, řešíme to pravidelným klyzmatem jednou za tři dny. Běžné klyzma příliš nepoužíváme, užíváme Yal. Pokud jsou klienti schopni, hlídají si i vyprazdňování sami, takže pak sami přijdou, že by potřebovali čípek nebo projímadlo.

- **Kůže**

Rozhodně nemáme pocit, že by se našim klientům s PCH více mastila kůže nebo pleť. Myslím si spíše opak, že mají suchou kůži. Takže se snažíme dodržovat dostatečnou hydrataci a pravidelně klienty mažeme.

- **Komunikace**

Zase se to odvíjí od stádia nemoci a klienta, každý je jiný. V současné době, zde máme dva klienty s PCH a ani jeden s ní problém nemá. Je pak možné využití různých kartiček, abecedy, na procvičení, ale u Parkinsoniků, tohle moc často nepoužíváme. V posledních stádiích už spíše nerozumí, ani se nedomluví. Takže hledáme různé cesty, jak jim něco ukázat, vysvětlit a domluvit se.

- **Stres, úzkost**

Naši klienti užívají léky na psychiku, ale myslím si, že se to nedá vztahovat pouze k parkinsonismu. Obecně tyto věci ke stáří patří. Také záleží na člověku, jak se dokáže se svou nemocí vyrovnat a naučí se s ní žít. Dochází sem psychiatr, jehož návštěvy mohou klienti využívat. Jeden čas sem docházel i psycholog, ale tyto služby nebyly využívány. Snažíme se i my, personál, je podpořit a motivovat. Pochválíme je, že někam dojdou, když jsou na tom hůře. Myslím si, že je pro ně motivací i to, že mohou jít na jídlo do jídelny, mezi ostatní, že jsou schopni tam dojít.

- **Třes**

Je to individuální, každý má jinou intenzitu třesu. Záleží na stádiu nemoci a na tom, pokud je nemocný léčen nebo ne. Pokud nebere žádné léky, je samozřejmě třes horší, tím potřebuje i větší dopomoc při určitých úkonech. Třes zde řešíme pouze medikací. Pokud se třes zhorší, voláme lékaři, který upraví medikaci.

- Ztuhlost a samovolné pohyby

Problémů se ztuhlostí si všímám spíše po ránu. Souvisí to hlavně s medikací. Pokud jsou schopni, sami si řeknou, že by nějakou z tablet potřebovali posunout na jiný čas, že jim to takto nevyhovuje. Pokud se ztuhlost přenese přes určitou mez, kontaktujeme lékaře. Tyto problémy řešíme hlavně medikací. Opět je to velice individuální. Náš klient má problém se ztuhlostí po ránu a samovolnými pohyby trpí před obědem.

- Pohyb

Pohyb je pro klienty s PCH opravdu hodně důležitý. Je důležité, aby nezůstali v nečinnosti a měli pohyb každý den a pravidelně cvičili. Samozřejmě záleží na klientovi, pohyb důležitý je, ale nutit ho nemůžeme. Je zde důležitá i motivace k pohybu.

- Pády

Riziko pádu je zde pořád. Takže naši klienti mají možnost doprovodu, pokud je parkinsonik ještě soběstačný a nevyžaduje ho, není to nutnost. S tímto rizikem se zde počítá stále, my o něm víme a nemocné se snažíme často upozorňovat. Ráda u klientů vidím, že mají nějakou oporu. Často zde využívají nízká chodítka. Vyhýbáme se kobercům a snažíme se, aby měli dostatečný prostor a nic jim nepřekáželo.

- Spánek, bolest a jiné

Pokud mají problém se s pádkem, tak to samozřejmě řešíme, ve spolupráci s neurologem a psychiatrem, protože ne všechny léky, se mohou kombinovat. Jedním s dalších problémů, které řešíme je imobilita. Ohledně bolesti, nevím jak odpovědět, mám pocit, že bolestí, která by souvisela pouze s PCH netrpí. Řekla bych, že bolest se u nich projeví, až v posledních stádiích, kde může dojít k velkým problémům se zácpou, až k ileu.

Ošetrovatelská péče

- Snažíte se klienty podporovat a socializovat?

Někteří nemocní se vyhýbají okolí, my se jim snažíme nabízet různé aktivity, ale nesmíme je nutit, to je špatně. Klient si sám určuje, jestli na tu aktivitu chce jít nebo ne. Jedna naše klientka se zapojuje do všech aktivit. Někdo chce zase zůstat sám, ve svém soukromí, se svojí nemocí. Snažíme se jim to opravdu hodně nabízet, i možnost doprovodu na aktivity nebo procházky. O všech aktivitách se naši klienti dozvědí tak, že jim to každý den

vyhlásíme a mají to na nástěnkách. Někdy si klienti sami řeknou, co by chtěli, někdy chtějí na ergoterapii, jindy ne. Snažíme se je hodně vést k tělocviku, aby měli pravidelný pohyb, který jim prospívá. Možností je i individuální tělocvik. Máme zde aktivizační pracovníci, která se jim věnuje. Používáme zde i prvky bazální stimulace. Takže pokud mají zatuhlé klouby na rukou, promasíruje je, což jim dělá opravdu dobře.

- Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o nemocné s PCH?

Neřekla bych, že péče o parkinsoniky je, až tak specifická a liší se od péče o jiné klientky. Samozřejmě, pokud je tam problém s polykáním, hrozí zde riziko aspirace, ale tohle samé riziko může být i u klienta po centrální mozkové příhodě. Specifický je tam hlavně třes, pokud je třes vyšší, je nutné jim více pomáhat. Můžete mít klienta, který bude na oko vypadat schopně, ale pak mu dáte do ruky hrnek, on jím bude třást a pití rozleje. Takže všechno se musí přizpůsobit jeho potřebám. Běžný pacient, kterému dám pití k posteli, si sám přitáhne stolek a napije se. Klient s PCH, pokud bude mít velký třes, si stolek přitáhne obtížně. Péče je podle mě jiná v tom, že je nutné brát ohledy na projevy choroby a mít individuální přístup, ne všichni mají stejné problémy. Opět záleží na stádiu nemoci. V posledních stádiích se třes snižuje, ale zase se zvyšuje ztuhlost, pokud bude mít klient ztuhlé hlavně horní končetiny, je zde riziko vzniku kontraktur. Také je nutné seznámit všechny personál, že klient touto chorobou trpí a že může mít větší problémy, než jiný klient.

- Jaké jsou podle vás zásady ošetrovatelské péče o nemocné s PCH?

Zásady péče se liší na základě stádia nemoci. Pokud je klient soběstačný, tak toho příliš nepotřebuje. Ale vždy klient bude potřebovat individuální přístup. Například pomalu mluvit obzvlášť, když se klient celkově zhoršuje. Sestra by měla být klidná, ne zbrklá. Měla by být dostatek času a v klidu provádět ošetrovatelskou péči. Pomalu vstávat, pomalu vykonávat samotné výkony a hlavně je vždy klientovi vysvětlit, aby věděl, co ho čeká. Pokud by klient eventuelně „zamrzl“, musí se opravdu pomalu, nikam nespěchat, v klidu je posadit nebo dát do polohy, aby neupadli. Nejdůležitější je opravdu čas. Se všemi těmito zásadami, by měl být seznámen i nižší personál, jako ošetrovatelky. Aby klienty někde nezapomněli, třeba na toaletě, poté je tam riziko zamrznutí, pokud jsou dlouho v jedné poloze. Musí dodržovat pravidelný režim, který by u těchto nemocných měl být. Měli by pravidelně dostávat stravu, i hygiena by měla být prováděna ve stejný čas, obzvlášť v pozdějších stádiích. Další zásadou je určitě pravidelná medikace. Někteří nemocní, jsou schopni si

dokonce svoji medikaci sami upravovat. Pokud zamnou přijde klient, že by si potřeboval ranní medikaci posunout o půl hodiny, aby mu lék dříve zabral, nemáme s tím problém, samozřejmě se s volením pana doktora.

- Jaké nejčastější úkony u nemocných s PCH provádíte?

Určitě mezi ně patří dopomoc při hygieně, jídle, prevence pádu nebo doprovod na různé aktivity i procházky. Asistence při všech pohybech, pokud je to nutné. Vše se odvíjí od stádia nemoci, které je zde opravdu důležité. Nemocný, který je schopen sám docházet k lékaři, zvládá péči o sebe, nepotřebuje „skoro“ nic, na rozdíl od nemocného v posledním stádiu, který je upoután na lůžko. Jakmile je nemocný v domově pro seniory, je jasné, že nějakou ošetrovatelskou péči vyžaduje. Myslím si, že nemocí s PCH potřebují ošetrovatelskou péči stejně jako jiní klienti, ale s ohledem na jejich chorobu. Je nutné zohlednit to, že se více třesou, jsou ztuhlý nebo se momentálně nemohou pohybovat. Je to velice individuální. Máme zde klientku, která potřebuje dopomoc hlavně ráno, ale poté co si vezme své léky, tak je to lepší. Provádíme u nich vlastně běžnou ošetrovatelskou péči, kterou vyžadují v různých oblastech, dokud nejsou v posledním stádiu. Pak už to jsou úkony, které provádíme stejně jako u jiných geriatrických klientů, kteří jsou připoutáni na lůžku a jsou imobilní.

- S jakými lékaři spolupracujete?

Spolupracujeme s neurologem a psychiatrem, kteří sem pravidelně dochází. Pokud se klient nějak zhorší v době, kdy tu lékař není, zkontaktujeme ho.

- Jaké zde máte kompenzační pomůcky a jaké vaši klienti využívají?

Nejvíce kompenzačních pomůcek využívají v rámci pohybu, takže od francouzských holí po chodítka a poté v rámci stravování. Máme speciální hrnky, které využívají i jiní nemocní, ne jen parkinsonici.

- Jaké jsou u vás možnosti rehabilitace?

Můžeme dělat rehabilitaci jako sestry, takže zde provádíme ošetrovatelskou rehabilitaci nebo u nás máme aktivizační pracovníci, která za klientem dochází a prochází se s ním a snaží se je motivovat k pohybu. Jako další možnost je cvičení, které u nás máme nebo můžeme klienta poslat na klasickou, léčebnou rehabilitaci k lékaři, kde jim naplánují procedury a my tam poté klienty dopravujeme.

Všeobecná sestra na mě velice dobře působila. Nejen, že byla velice vstřícná, ale měla profesionální vystupování a bylo vidět, že má spoustu znalostí a zkušeností. Myslím si, že klienti v jejich domově mají opravdu skvělou péči. Je tam krásné prostředí a ošetrovatelská péče na velmi dobré úrovni. Na nemocné s PCH, jsou v jejich domově připraveni a pro dosažení dobré péče mají, dostatek teoretických znalostí, pomůcky a vybavení.

DISKUZE

Téma bakalářské práce, Ošetrovatelská problematika pacienta s Parkinsonovou chorobou, jsem si vybrala, protože jsem se s tímto onemocněním setkala u rodinného známého a chtěla jsem více nahlédnout do problematiky ošetrovatelské péče o takto nemocné a zaměřit se na jejich nejčastější problémy, které je obtěžují. Pro svoji práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum.

Jako hlavní cíl jsem si zvolila, zjistit, jaká je problematika ošetrovatelské péče u nemocných s Parkinsonovou chorobou. Dále jsem si zvolila šest dílčích cílů, zjistit, jak nemocný reagoval na diagnostiku a léčbu choroby, jak nemocný zvládá běžné denní činnosti, jaké jsou ošetrovatelské problémy nemocného a jak jsou řešeny, jaká je ošetrovatelská péče o nemocné s PCH, jaké jsou rozdíly ošetrovatelské péče v domácím prostředí a ústavním zařízení a mým posledním cílem je zpracování brožury, jak pečovat o nemocné s PCH, pro nelékařský zdravotnický personál. Abych dosáhla všech výše zvolených cílů, vybrala jsem si pro svůj výzkum dvě respondentky, které trpí PCH, shodně již pět let. Rozdílem je u nich věk a sociální prostředí. Jedna z mých respondentek žije v domácím prostředí se svým manželem a druhá v domově pro seniory. Usoudila jsem, že pro moji práci, by bylo vhodné se na ošetrovatelskou problematiku zaměřit nejen z pohledu nemocného, ale i z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka. Proto jsem jako mého třetího respondenta zvolila všeobecnou sestru, pracující v domově pro seniory, která má dlouholetou praxi s péčí o nemocné s PCH. U obou respondentek jsem sepsala krátkou anamnézu a u třetí základní informace. Poté jsem začala se samotným rozhovorem, ke kterému jsem měla předem připravené otázky. Důvodem, proč jsem si zvolila pro svoji práci hloubkový rozhovor, bylo to, že jsem nechtěla pouze získat informace, ale chtěla jsem s respondentkami navázat hlubší vztah a také je pozorovat a všimnout si jejich pocitů. Výzkumné šetření probíhalo u respondentek doma a v pracovním prostředí.

Na základě vzájemného porovnání rozhovorů respondentek trpících PCH, a na základě rozhovoru s všeobecnou sestrou, která má zkušenosti s péčí o nemocné s PCH, jsem našla odpověď na mé výzkumné otázky. Dovolila bych si začít s porovnáváním respondentek a následnou odpovědí na výzkumné otázky.

Jak nemocný reagoval na diagnostiku a léčbu choroby?

Obě respondentky mi sdělily, že prvotní reakce pro ně byla hrozná. Samozřejmě jim v hlavě proběhla myšlenka, proč zrovna ona, ale postupem času se s nemocí smířily, protože jim nic jiného nezbylo. O nemoci si zjistily více informací a postupně se s ní seznamovaly, tato fáze je v literatuře popsána jako adaptační, kdy se nemocný a jeho rodina s chorobou seznamují. Také je často zmiňována důležitost podpory nemocného rodinou a to nejen v této fázi, ale po celou dobu nemoci. Myslím si, že jako u jiného chronického onemocnění je podpora nezbytná a nemocnému pomáhá nejen při smíření se s nemocí, ale i při samotné léčbě. Obě respondentky mi sdělily, že v této chvíli pro ně byla podpora rodiny a okolí opravdu důležitá. Respondentka č. 1 mi sdělila, že velikou motivací pro ni jsou vnoučata a rodina. Respondentka č. 2 se mi svěřila, že z budoucnosti má velký strach, z toho co bude a že bude vše jen horší. Při rozhovorech jsem vyzorovala, že nejvíce je trápí právě budoucnost. Vědí, co je čeká a jak se bude nemoc nadále vyvíjet. Obě jsou, ale odhodlány s nemocí bojovat a co nejdéle pomocí léků a rehabilitace oddalovat další projevy. Na otázku, jak reagovaly na léčbu, mi obě nemocné odpověděly stejně. Po nasazení léků pocítily veliké zlepšení, které časem vymizelo. Stejně je to popsáno i v literatuře, kde jsou zmiňovány i možné nežádoucí účinky léků. (4, s. 68) Respondentka č. 1 měla zprvu problémy s čichem a trpěla nechutenstvím, vše se později zlepšilo. Také si všimla rozdílu, když užívala lék Viregyt- K místo léku PK- Merz, po kterém se cítí lépe. Respondentka č. 2 pociťuje po užití léků mírnou nevolnost od žaludku, po chvíli tento pocit zmizí. Zdůrazňuje důležitost užívání léků v přesném čase i množství. Podle všeobecné sestry se někteří nemocní s chorobou vyrovnají, naučí se s ní žít a vždy, když mají jakýkoli problém, přijdou s ním za sestrami nebo lékařem, kteří pak tento problém řeší. Také záleží na člověku, jestli nemoci podlehne a vzdá se, nebo bude bojovat a zajistí si tím oddálení některých projevů. Shodla jsem se sestrou na tom, že tyto reakce a chování je stejné, jako u jiných chronických onemocnění. Ohledně reakce na léčbu mi sestra sdělila, že u svých klientů nevypozorovala žádné vedlejší účinky, ani si na žádné neztěžovali. Záleží, ale také na tom, jestli nemocný trpí ještě nějakým přidruženým onemocněním. Dále mi sdělila, že důležité je i kdy byla nemocnému choroba diagnostikována a kdy byla zahájena léčba. I v odborné literatuře je psáno, že léčba je velice individuální a záleží na rychlosti postupu choroby, věku nemocného a přidružených onemocnění. (1, s. 59) Zde si dovolím souhlasit. Po objektivním zhodnocení obou respondentek, které trpí chorobou stejně dlouho, jsem vyzorovala, že u respondentky č.

2, které byla PCH diagnostikována po sedmdesátém roce, má nemoc rychlejší průběh. Vyskytuje se u ní více projevů a problémů, než u respondentky č. 1, které byla PCH diagnostikována po padesátém roce.

Jak nemocný zvládá běžné denní činnosti?

Respondentka č. 1, žije stále doma s manželem. Běžné denní činnosti v současné době zvládá sama, bez problémů. Zvládá běžnou péči o domácnost. Pokud trpí nějaký den zvýšenou ztuhlostí, je to horší a někdy je nutné, aby jí s některými činnostmi pomohl manžel. Nejvíce ji trápí ztráta jemné motoriky, z důvodu třesu. Jejím hlavním koníčkem bylo šití a pletení, které již nemůže vykonávat. Dalším problémem je, pokud chce některé činnosti udělat rychle. Respondentka č. 2 má v tomto směru větší problémy. Zprvu to doma zvládala sama, ale později její stav vykazoval nutnost pomoci druhé osoby a odborné péče. Nyní žije v domově pro seniory, kde je spokojená a cítí se zde bezpečněji, už jen z důvodu většího prostoru a každodenní ošetrovatelské péče. Běžnou ranní hygienu se snaží zvládat sama, i když po ránu bývá její stav nejhorší, proto občas potřebuje dopomoc personálu. Také se snaží poklidit si svůj pokoj, pokud jí to její stav dovoluje. Ráda čte a sleduje televizi. Na základě doporučení lékaře se snaží dodržovat denní režim, který jí prospívá. V jedné z knih je organizace času také popsána. Denní režim a aktivity by měli být přizpůsobeny stavu nemocného a době, kdy užívá léky. (4, s. 96) Nejvíce ji mrzí, že se nemůže účastnit většiny aktivit v dílnách, jelikož je tam nutná jemná motorika, kterou již nezvládá. Míra soběstačnosti závisí na současném stavu nemocného. Důležité je, aby byl v soběstačnosti podporován, jak rodinou, tak personálem. Denní aktivity by měli být přizpůsobeny jeho stavu. Nemocný by měl vykonávat činnosti, které mu jeho stav umožňuje, a nijak ho neohrožují. Měl by se vyvarovat například pracím v kuchyni a dalším. Rozhodně by neměl být z aktivit vyřazován, naopak je důležitá snaha zapojit ho do nich, dle možností. (1, s. 128, 129)

Jaké jsou ošetrovatelské problémy nemocného a jak jsou řešeny?

Jako problémy, které ho nejvíce obtěžují, uvedla sestra, že dle jejího názoru, je to určitě třes a ztráta pohybu. Dále by sem zahrнула pády a postupnou ztrátu soběstačnosti. Problém, který může nemocného s touto chorobou nejvíce ohrožovat na životě, uvedla jednoznačně zácpu, která může v pozdějším stádiu dojít, až k ileu. Těmto problémům se snaží předcházet pravidelnými záznamy o vyprazdňování a následně jej řeší. Na základě rozhovorů s nemocnými jsem zjistila, že je tomu skutečně tak. Nejvíce je obtěžuje třes,

ztráta pohybu a soběstačnosti. Sestra velice zdůrazňovala důležitost přistupovat k problémům nemocného individuálně. Zohlednit klientův současný stav a stádium nemoci. Problémem ohledně výživy netrpí ani jedna z mých respondentek. Respondentka č. 1, trpěla zprvu po léčbě nechutenstvím, které časem vymizelo. Snaží se mít pestrou stravu a dodržovat pitný režim. Respondentka č. 2, trpí kachexií, z důvodu přidruženého onemocnění. Kvůli projevům choroby jako je třes a ztuhlost, využívá při jídle speciální příbor. Sestra uvedla, že ohledně výživy přizpůsobují vše současnému stavu. Klienty pravidelně váží a jsou pod dohledem nutriční terapeutky. Dle nutnosti se vyhýbají některým potravinám, které by mohli u klienta vyvolat rdoušení. Využívají zahušťovadla tekutin a nutidrinky. Klienti také mohou využívat speciální pomůcky pro sebenасыení. Používají speciální příbory, hrnky nebo protiskluzové podložky pod talíř. Tyto pomůcky jsou zmíněny i v literatuře. Zmíněna je tam i strava, která by měla být pestrá, pětkrát denně v malých porcích. Je nutné pouze snížení příjmu bílkovin během dne, z důvodu léčby levodopou. Nemocný by měl bílkoviny přijímat až navečer, aby se předešlo problémům se zácpou. Je dobrá vysokozbytková strava a dostatečný příjem tekutin. (1, s. 131, 132)

S vyprazdňováním nemá problémy ani jedna z mých respondentek. Obě jsou seznámeny s možnými problémy se zácpou. Respondentku č. 2, trápí pouze nucení na močení, které zdůvodňuje svým věkem. O problému s vyprazdňováním hovoří sestra, jako o problému individuálním. Pravidelnost vyprazdňování stolice kontrolují, a pokud má nemocný problém, následně jej řeší. Nejprve zkouší různé projímavé potraviny, švestky nebo zkyslé mléko. Poté řeší problém projímadly, čípky nebo klyzmatem. Pokud jsou problémy pravidelné, podávají klyzma jednou za tři dny. V jejich domově upřednostňují užívání Yalu. Někteří klienti si dokonce své vyprazdňování hlídají sami. Pan docent Roth píše ve své knize Parkinsonova nemoc, že při problémech se zácpou, které jsou časté, by projímadla neměla být užívána. Jelikož zde hrozí návyk a pomohou pouze jednorázově. V horších případech je lepší užití klystýru. (1, s. 68)

Na otázku, která se týkala problému s kůží, mi odpověděly všechny mé respondentky stejně. Obě nemocné trpí suchou kůží, kterou řeší dostatečnou hydratací a péčí o kůži. Stejného názoru je i sestra, že klienti s PCH, se kterými se setkala, měli nebo mají spíše suchou kůži. Toto tvrzení mohu sama potvrdit, jelikož jsem si všimla kůže nemocných, která byla opravdu suchá. Tento problém je jistě individuální, ale ve většině literatury, je zmíněn pouze problém s mastnou kůží. Například v zde již zmíněné knize pana docenta Rotha, je popsán problém pouze s mastnou kůží. Také je zde popsán problém se zvýšeným pocením, kterým trpí Respondentka č. 2. (1, s. 69)

Ohledně suchosti si obě nemocné stěžovali i na problém

suchosti v ústech, a to zejména při delším mluvení, řeší jej pouze dostatečným napitím. S komunikací má respondentka č. 1 problém, pouze když mluví rychle. Několikrát se u ní vyskytla situace, kdy se během řeči zadržela. Tento problém označuje jako jeden z těch, které ji vždy rozhodí, a jelikož si je vědoma zhoršování, plánuje v budoucnu navštívit logopeda. Respondentka č. 2 u sebe vyzorovala zhoršenou artikulaci, které jsem si díky možnosti pozorování také všimla. Sestra větší problémy s komunikací u svých klientů nepozoruje. Problémy s řečí jsou popsány v literatuře až v pozdějších stádiích. Nemělo by být opomíjeno cvičení řeči i písma, aby se těmto problémům předešlo. (4, s. 71) Obě nemocné po diagnostice navštívily psychiatra, respondentka č. 1 ho stále navštěvuje a poukazuje také na důležitost podpory rodiny. Respondentka č. 2 plánuje znovu psychiatra navštívit do budoucna. Obě užívají léky na psychiku. Sestra užívání léků na psychiku přisuzuje spíše ke stáří, kdy tyto léky bere většina jejich klientů. Pravidelně jejich domov navštěvuje psychiatr, kterého můžou navštěvovat. Jako důležité vidí motivaci nemocného. Své klienty se snaží motivovat pochvalou, že někam došli nebo možnost stravovat se v jídelně s ostatními, kdy je motivuje schopnost dojít tam. Myslím si, že udržení dobrého psychického stavu u této choroby je velice důležité pro celkový stav nemocného. Motivaci a podporu okolí vidím také jako důležitou součástí v rámci péče o nemocné s PCH. Doporučení pro navštívení psychiatra se v literatuře liší. Někdy ho doporučují hned, někdy až ve třetí fázi, kdy se nemoc vrací a projevuje. Potřeba návštěv je individuální a záleží na osobnosti nemocného. Třes i samovolné pohyby jsou u mých respondentek problémy rozdílné. Respondentka č. 1 samovolnými pohyby netrpí, více ji obtěžuje třes, zejména klidový, který jsem u ní sama upozorovala. Jeden čas ji obtěžoval noční třes, který vyřešila se svojí lékařkou medikací. Respondentka č. 2, třesem příliš netrpí, dle mého úsudku je v jejím případě téměř nepostřehnutelný. Více viditelné byly samovolné pohyby, které ji velice obtěžují. Tyto problémy mývá zejména ráno a dopoledne, po poledni se její stav zlepšuje. Třes i samovolné pohyby řeší obě nemocné stejně, a to pravidelnou medikací. Respondentka č. 2 také upozornila na to, že je důležitá i správná dávka léků. Pokud by si vzala větší dávku léků, měla by větší samovolné pohyby. Třes hodnotí sestra jako individuální problém, jelikož každý nemocný trpí různou intenzitou třesu, čehož jsem si u svých respondentek všimla. Pokud nemocný nedodržuje pravidelnost užívání léků nebo je vůbec neužívá, třes se zhoršuje. Poté je potřeba větší dopomoc. Třes řeší zejména medikací, pokud se zhoršuje, je nutné volat lékaře, který medikaci upraví. V knize pana docenta Rotha je popsáno, že samovolné pohyby, které jsou vyvolané léčbou, poukazují na možné další komplikace. Zjištěny jsou hlavně díky deníku nemocného, kam je zapisuje.

Často jsou řešeny snížením intervalů užití a dávky levodopy nebo zvýšením agonisty dopaminu a snížením levodopy. (1, s. 62, 63) Respondentka č. 1 se snaží předcházet ztuhlosti a stavům off pravidelným cvičením a pravidelnou medikací. Pokud se jí stane, že úplně ztuhne, což může trvat až 10 minut, je nutné každou část těla pomalu rozhýbat. Respondentka č. 2 trpí ztuhlostí zejména po ránu, kdy čeká, než jí zabere medikace, kterou užívá v 7 ráno. Ztuhlost jí obtěžuje i v noci, a to v případě, že chce vstát a jít na toaletu. Problém má také, když se chce rozejít ze sedu. Musí nejprve vstát a poté se pomalu rozejít. Obě nemocné tyto problémy řeší medikací. Sestra vidí ztuhlost jako problém, související s medikací, který se u nemocných vyskytuje zejména ráno, ale může to být individuální. Stejně je to popsáno i v literatuře. Dle stavu nemocného zvolí ošetřující personál míru dopomoci nebo si ji nemocný sám vyžádá. Pokud se ztuhlost přenese přes určitou mez, je to oznámeno lékaři. Ten upraví medikaci, a pokud jsou nemocní schopní, po dohodě s ošetřujícím lékařem, si nemocní posouvají čas medikace sami. Pan docent Roth ztuhlost popisuje jako stav, který se objevuje při vymizení účinku levodopy a může dojít, až ke křečovitým stahům svalů tzv. stavy off. Opět se upravuje léčba, stejně jako u samovolných pohybů. (1, s. 62) Dostatek pohybu každý den se snaží mít obě nemocné. Vědí, že pravidelný pohyb jim prospívá a pro jejich stav je nezbytný. Respondentka č. 1 s pohybem problémy nemá, pokud netrpí zvýšenou ztuhlostí. S pády zkušenosti nemá, ale pro jistotu chodí stále s hůlkami, pro pocit jistoty a bezpečí. Doma raději nemá. Respondentka č. 2 se může bez problémů pohybovat, pokud jí správně působí léky. Zhoršení stavu a neschopnost pohybu pociťuje zejména pár hodin před užitím léků a při úpravě medikace. Chodí pomocí chodítka a s pády má zkušenost zejména z období, kdy bydlela sama. Domov jí více vyhovuje, zejména z lepšího uspořádání okolí a prostoru, který doma postrádala. Taktéž sestra vidí pohyb jako nezbytnou součást léčby. V domově se snaží, aby klient měl dostatek pohybu každý den, ale pokud nechce, nutit ho nemohou. Snaží se své klienty k pohybu motivovat. Pádům předchází možným doprovodem, pokud je to nutné a klientův stav to vyžaduje nebo on sám. Pravidelně je upozorňují, že riziko pádu zde je, a jak se mu mohou vyhnout. V domově využívají zejména nízká chodítka, která personál u klientů rád vidí. Dále se vyhýbají kobercům a snaží se, aby klienti měli dostatek prostoru. Dostatečný pohyb je dle mého názoru při této chorobě opravdu nezbytný. V řadě knih je velice zdůrazňován a měl by být nemocnému umožněn. Pokud má s chůzí problémy, měly by mu být zajištěny kompenzační pomůcky. Obě mé respondentky mě v tomto tvrzení ujistily a sdělily, jak moc je pro ně pohyb důležitý. V jedné z knih je psáno, že u nemocných s PCH jsou příčinou pádu okolnosti, jako je čas,

z důvodu působení léků. Dále prostor, který může být stísněný, špatně uspořádaný nebo tam mohou být koberce. Další příčinou bývají rušivé prvky, které nemocného rozhodí. (4, s. 101, 102) Proto je dobré se těmto možným příčinám vyvarovat a snížit tak riziko pádu. Na vině je zejména nestabilita a postoj těla nemocného, které se dají vyřešit oporou při chůzi, například hůlkami. Bolestí, která by byla spojena s PCH, netrpí ani jedna z nemocných. I sestra si není vědoma toho, že by nemocné něco bolelo. Dle jejího názoru se může bolest vyskytnout, až v pozdějších stádiích. Pokud mají klienti problémy se spánkem, řeší je zde zejména léky, vždy po konzultaci s lékařem. Ne vždy se mohou některé léky kombinovat. Jako další problém, který v domově u nemocných s PCH řeší je imobilita. Respondentka č. 1 užívá léky na spaní. Respondentka č. 2 obtěžoval v noci zvýšený třes, který její lékařka vyřešila medikací. Během změny dávky léků se cítí otupěle a unaveně. Během rozhovoru s nemocnými, jsem si nevšimla jiných viditelných problémů.

Jaká je ošetrovatelská péče o nemocné s PCH?

Obě respondentky se snaží rehabilitovat. Respondentka č. 1 dochází k fyzioterapeutovi, dle možností. Dochází ke známé, která má specializaci na cvičení pro parkinsoniky, které ji velice pomáhá. Cvičí různě, dle potřeby a stavu. Pokud se její stav zhorší, cvičí intenzivně. Několikrát do roka se snaží navštěvovat lázně. Respondentka č. 2 využívá cvičení u nich v domově a chodí na procházky. Na rehabilitaci je kladen důraz i v domově, kde pracuje sestra. Snaží se, své klienty vést k tělocviku a celkově k pohybu. V jejich zařízení je užívána ošetrovatelská rehabilitace nebo služby aktivizační pracovníce, která užívá prvky bazální stimulace. Klientům se věnuje individuálně a snaží se je motivovat k pohybu. Také je dopravují na rehabilitace a léčebné procedury. Rehabilitace je u této choroby velice důležitá a je součástí léčby. Proto by neměla být opomíjena a měla by být nemocnému umožněna. Myslím si, že pojišťovny by měli nemocným hradit nebo alespoň přispívat na lázně, které nemocnému velice prospívají. Lékaři a nelékařský zdravotnický personál, který se pohybuje v okolí nemocných s PCH je obvodní lékař, neurolog, psychiatr, fyzioterapeut a popřípadě logoped nebo nutriční terapeut. Mé respondentky jsou v péči zejména neurologa a respondentka č. 1 navštěvuje i psychiatra a fyzioterapeuta, do budoucna plánuje návštěvu logopeda, dle potřeby. V domově spolupracují s neurologem a psychiatrem. Ani jedna z mých respondentek nemá zkušenost s hospitalizací v nemocnici, za dobu co chorobou trpí. Jako zásadu, kterou by podle nich měl dodržovat zdravotnický personál při péči o nemocné s PCH, je jednoznačně čas, trpělivost, pravidelný pohyb a užívání medikace. Se zmíněnými zásadami souhlasím, ale

myslím si, že ošetrovatelská péče by neměla být poskytována nejen na základě teoretických znalostí, ale měla by do ní být zahrnuta i empatie. Ošetřující personál by měl mít pro nemocného pochopení a být jeho oporou. Možnost socializace a nějakého společenského vyžití je myslím, v domově dostatek. Aktivity se snaží klientům nabízet a pomocí různých prostředků, je několikrát denně oznamují a připomínají, je zde možnost i doprovodu. Pokud nemocný nemá zájem o aktivity nebo společnost a chce být sám, nenutí ho. Klienti si sami určují, na které aktivity chtějí a nechtějí. V jedné z knih je také psáno, že společenský život a aktivity by měly být intenzivnější, než to bylo doposud. Nejprve se nemocný stáhne a od společnosti se izoluje, což je pochopitelné. Někteří izolovaní zůstanou, jiní své aktivity znásobí a tak se rozptýlí a snaží se na nemoc zapomenout. (4, s. 63) Sestra je názoru, že péče o nemocné s PCH, není až tak specifická, jako péče o jiné nemocné, že se příliš neliší. Vždy je nutné zhodnotit míru třesu, ztuhlosti a stádium nemoci, zde vidí specifikum. Vše by se mělo odvíjet od potřeb nemocného, přistupovat individuálně. Nemocní s PCH mohou mít ve stejném stádiu zcela odlišné problémy. Nejvíce se sestra snažila zdůraznit to, že vše se odvíjí od současného stádia choroby nemocného. Pokud je nemocný soběstačný, příliš toho nepotřebuje, pouze v případech zvýšené ztuhlosti nebo třesu. S tímto názorem si dovolím souhlasit. A to nejen na základě přečtené literatury, ale také toho co jsem během rozhovoru vyzorovala. I když obě mé respondentky chorobou trpí stejně dlouho, liší se jejich stádium, problémy i míra soběstačnosti. Sestra se také zmínila o tom, že je důležité, aby byl personál seznámen s diagnózou nemocného a věděl, že může mít větší problémy. Personál by měl být klidný, mít na péči dostatek času, vždy nemocnému vysvětlit výkon, který se bude konat, pomalu mluvit a manipulovat s nemocným. Při ztuhnutí je nutná opatrnost, dát nemocného do správné polohy, aby neupadl a pomalu ho rozhýbat. Nutné je dodržovat denní režim, který nemocnému prospívá, také pohyb a medikaci. Nejčastěji nemocní vyžadují dopomoc při hygieně, jídle a pohybu. Míra dopomoci se odvíjí od stavu nemocného. V posledních stádiích jsou u nemocných prováděny úkony, jako u jiných ležících klientů.

Nyní bych ráda zodpověděla svoji poslední výzkumnou otázku.

Jaké jsou rozdíly ošetrovatelské péče v domácím prostředí a ústavním zařízení?

Velký rozdíl je dle mého názoru rozhodně v prostředí. Doma se cítí nemocný lépe, než v zařízení, kde je pro něj vše cizí, i lidé. Otázkou je, jestli má nemocný rodinu

a příbuzné, které jsou schopni, se o něj postarat. Pokud žije doma sám, jako žila má respondentka č. 2 a není schopen o sebe sám pečovat, je správné vyhledat odbornou pomoc. Pro nemocného je rozhodně lepší, pokud může být doma se svými blízkými. Pokud se na to rodina cítí, a chce mít nemocného doma dokonce, může v pozdějších stádiích zkontaktovat obvodního lékaře, který nemocnému zajistí domácí zdravotní péči, která může dojíždět k nemocnému domů a ošetřovat ho, dle ordinace lékaře. Ve zde již zmíněné literatuře (4, s. 120, 121), je tato péče také popsána. Píše se, že ošetřovatelky mohou být psychickou podporou a to nejen pro nemocného, ale i jeho rodinu. Také mohou upozorovat problémy, které by rodina mohla přehlédnout, jako je úbytek na váze, zácpa, infekce nebo problémy s tlakem. Agentura o všem informuje lékaře a bývá do určité míry hrazena pojišťovnou. Možností je i domácí sociální péče, která je zajišťována pečovatelskou službou. Tato služba pomáhá nemocnému s běžnými denními činnostmi. Péče zahrnuje dopomoc při činnostech jako je hygiena, stravování a zajišťuje chod domácnosti. Také zajišťuje kontakt se společností a doprovází nemocného k lékaři. Domácí zdravotní i sociální péče jsou většinou vykonávány jedním poskytovatelem. Na základě získaných informací během mého výzkumu si myslím, že nemocný by měl být doma, dokud to jeho stav umožňuje a má rodinu, která o něj může pečovat. Ve stádiích, kdy je zvýšená ztuhlost, zácpa a další problémy, je vhodnější nemocného umístit do zařízení, kde má celodenní péči, kterou vyžaduje a rodina ho může pravidelně navštěvovat. Vždy by se mělo brát v potaz přání nemocného, pokud ho to neohrožuje na zdraví a životě.

Dále bych zde chtěla zmínit informovanost o nemoci. Na základně rozhovorů s nemocnými, jsem zjistila, že informovanost o onemocnění, není dostatečná, že obě respondentky, zejména respondentka č. 2 si o svém onemocnění zjistila informace zejména sama. Nemocné mají pocit, že jen specialisti, kteří se PCH zabývají, mají dostatečné znalosti, ale zbytek lékařského a nelékařského zdravotnického personálu o této chorobě ví velice málo.

Doporučení pro praxi:

V první řadě je důležitý individuální přístup, průběh nemoci může být u každého jiný. Zásadou je zjistit stádium choroby u nemocného, jeho potřeby a zhodnotit současný stav. Podle těchto zásad se odvíjí veškerá péče o něj. Nutné je, aby byl personál a okolí nemocného seznámeno s jeho nemocí. Osoby pečující o nemocného s PCH, by měly znát projevy choroby zejména: třes, ztuhlost a samovolné pohyby. Na základě jejich

intenzity se odvíjí míra dopomoci. Většina problémů týkajících se projevů nemoci, je řešena hlavně medikací, která je u této nemoci velice důležitá. Účinná pomoc při klidovém třesu je zaměstnání rukou a odvedení pozornosti od něj. U ztuhlosti je účinná například masáž. Důležitou součástí péče a léčby je dostatek pohybu, rehabilitace a trvalá spolupráce s neurologem. Neměla by být opomíjená psychická stránka. Pro nemocné je důležitá podpora rodiny, personálu, který o něj pečuje. Lidi pohybující se v okolí nemocného by pro něj měli být oporou a motivovat ho. Měli by být empatičtí, trpěliví a mít na nemocného vždy dostatek času. Nemocnému by měly být všechny úkony vždy srozumitelně vysvětleny a měl by být zapojován, aby měl pocit, že je součástí ošetrovatelské péče o něj a zároveň je tím cvičena soběstačnost. Následkem projevů choroby může nemocný ztratit některé své záliby, při kterých je nutná jemná motorika. Proto by nemělo být opomíjeno zaměstnání nemocného, personál nebo rodina, by se měli snažit najít pro něj činnosti, které může vykonávat i se svojí nemocí. V neposlední řadě, by měla být do péče zahrnuta i socializace a zapojení nemocného do kolektivu, pokud o to stojí.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci, Ošetrovatelská problematika pacienta s Parkinsonovou chorobou, jsem zpracovala tři hloubkové rozhovory. Dva s nemocnými, které trpí PCH a třetí s všeobecnou sestrou z domova pro seniory, která má zkušenosti s péčí o nemocné s PCH. Rozhovor mi umožnil navázat s nemocnými hlubší vztah, abych zjistila všechny potřebné informace ke své práci. Nemocné jsem poté mezi sebou porovnala a připojila k nim odpovědi všeobecné sestry, abych zjistila ošetrovatelskou problematiku i z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Zvolila jsem tedy kvalitativní výzkum, který probíhal u respondentů doma a na pracovišti. Na základě zjištěných informací jsem zpracovala brožuru se základy ošetrovatelské péče o nemocné s PCH pro zdravotnický nelékařský personál.

Hlavní cílem mé práce bylo zjistit, problematiku ošetrovatelské péče u nemocných s Parkinsonovou chorobou. Pomocí rozhovorů, jsem zjistila, že problémem může být nedostatečná informovanost nemocných, ale někdy i lékařského a nelékařského zdravotnického personálu. Potřeby nemocného a ošetrovatelská péče, by neměli být zhodnocovány, dle toho, co se píše v literatuře nebo na základně jiných případů. Nutností je individuální přístup, v mé práci je popsáno, že i když nemocní trpí nemocí stejně dlouho, jejich problémy, potřeby a míra dopomoci se liší. Vše by se mělo odvíjet na základě současného stavu nemocného, jeho potřeb a stádia nemoci.

Dílčích cílů jsem si zvolila šest. První byl, jak nemocný reagoval na diagnostiku a léčbu choroby, kdy jsem zjistila, že obě nemocné reagovali šokem, který zvládly hlavně díky své rodině. S diagnostikou se postupně smířily a s chorobou bojují. Přístup člověka k chronickému onemocnění je individuální. Strach mají hlavně z budoucnosti, vědí, že jejich stav se bude stále zhoršovat. Po nasazení léčby obě pocítily zlepšení, které po čase opadlo. Nežádoucí účinky se u nemocných často nevyskytují, obě nemocné je pocítovaly pouze zpočátku léčby. Druhý dílčí cíl byl, zjistit, jak nemocný zvládá běžné denní činnosti, kde jsem zjistila, že záleží na stádiu a stavu nemocného. Později to jsou zejména činnosti v kuchyni a některé záliby, kde je nutná jemná motorika. Třetím dílčím cílem bylo, zjistit, jaké jsou ošetrovatelské problémy nemocného a jak jsou řešeny. Problémy v oblasti výživy a vyprazdňování se vyskytují spíše v pozdějších stádiích, které jsou řešeny úpravou stravy dle stavu nemocného a vyprazdňování od stravy až po klyzma. Ohledně kůže a dutiny ústní, mají nemocné problém se suchou kůží a suchostí v ústech, který řeší dostatečnou

hydratací a promazáváním. S komunikací nemají výrazný problém. Vyskytl se u nich problém s artikulací a zadržáváním. Stres, deprese a stavy úzkosti jsou u této nemoci zřejmé a proto nemocné užívají léky na psychiku a jedna navštěvuje psychiatra. Třes, samovolné pohyby, ztuhlost a stavy off jsou problémy individuální a mohou mít různou intenzitu, řešeny jsou zejména medikací a cvičením. Možnost pohybu závisí na stavu nemocného a cvičení je důležitou součástí léčby. Pádům je předcházeno zejména kompenzačními pomůckami a úpravou okolí, hlavně odstraněním koberců. Také jsem zjistila, že nemocné obtěžuje zejména ztráta soběstačnosti, že jsou nebo budou přítěží pro okolí. Čtvrtým dílčím cílem bylo, zjistit, jaká je ošetrovatelská péče o nemocné s PCH. Ošetrovatelská péče o nemocného by měla být zvolena na základě potřeb nemocného, jeho současného stavu a stádia nemoci. Přístup k nemocnému by měl být individuální a zásadou je trpělivost, empatie a dostatek času. Důležitá je pravidelná medikace a dostatečný pohyb. Nejčastější úkony prováděné u nemocných s PCH je, dopomoc při hygieně, jídle, pohybu a další péče záleží na potřebách nemocného. V pozdějších stádiích je péče o nemocné s PCH podobná, jako u jiných imobilních pacientů. Pátým dílčím cílem bylo, zjistit, jaké jsou rozdíly ošetrovatelské péče v domácím prostředí a v ústavním zařízení. V domácím prostředí se každý nemocný cítí lépe. Je ve svém prostředí, se svými blízkými. Nemocný s PCH, může dlouho zvládat péči o sebe i domácnost sám, záleží na jeho stavu. Důležité je zhodnotit, jestli je rodina nemocného ochotná a zvládne o něj pečovat, i v situacích, kdy je nemocný imobilní a jestli dokáže řešit jeho problémy, například zácpu. Pokud by rodina péči nezvládala nebo nemocný žije sám, je možností zařízení domácí zdravotnické a sociální péče, která může dojíždět pravidelně k nemocnému domů a pečovat o něj. V tomto případě si myslím, že je lepší nemocného umístit do zařízení, kde je pod, neustálým dohledem sester a lékařů. Z rozhovorů jsem zjistila, že jedna nemocná, která má kolem sebe rodinu a manžela hodlá být doma, dokud to půjde. Druhá nemocná, která žila sama, raději vyhledala odbornou péči a nechala se umístit do domova pro seniory, kde je se svými vrstevníky, má celodenní péči a je tam spokojená. Před těmito rozhodnutími, je důležité vše dobře promyslet a zejména dbát na přání nemocného. Jako šestý dílčí cíl bylo, vypracovat brožuru pro nelékařský zdravotnický personál, jak pečovat o nemocné s PCH. Zpracovaná brožura je přiložena v přílohách.

Doufám, že do budoucna se péče o nemocné s Parkinsonovou chorobou bude zlepšovat a zdravotnictví se bude snažit lidem s touto chorobou jakkoli zjednodušit a zpříjemnit život, jelikož jejich vyhlídky do budoucna nejsou příliš příznivé. Také doufám

ve větší informovanost o této chorobě, a to nejen mezi zdravotníky, ale i nemocných a široké veřejnosti.

LITERATURA A PRAMENY

1. ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 222 s. Medica. ISBN 978-80-7345-178-3.
2. PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 362 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.
3. TYRLÍKOVÁ, Ivana — BAREŠ, Martin. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2. rozš. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 305 s. : il., tab. ; 21 cm. ISBN: 978-80-7013-540-2.
4. BONNET, Anne-Marie — HERGUETA, Thierry. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. 1. vyd. Praha : Portál, 2012. 159 s. : il. ; 20 cm. ISBN: 978-80-262-0155-7.
5. BENETIN, Ján a Peter VALKOVIČ. *Parkinsonova choroba*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2009, 224 s. ISBN 978-80-89171-65-1.
6. LI, Feng-Jiao, Hong-Fang JI a Liang SHEN. A Meta-Analysis of Tea Drinking and Risk of Parkinson's Disease. *The Scientific World Journal*. 2012, roč. 2012, č. 2012, s. 1–6. ISSN 1537-744X.
7. TAN, Louis C, Woon-Puay KOH, Jian-Min YUAN, Renwei WANG, Wing-Lok AU, June H TAN, Eng-King TAN a Mimi C YU. Differential effects of black versus green tea on risk of Parkinson's disease in the Singapore Chinese Health Study. *American journal of epidemiology*. březen 2008, roč. 167, č. 5, s. 553–560. ISSN 1476-6256.
8. CHEN, H., E. O'REILLY, M.L. MCCULLOUGH, C. RODRIGUEZ, M.A. SCHWARZSCHILD, E.E. CALLE, M.J. THUN a A. ASCHERIO. Dairy products and risk of parkinson's disease. *American Journal of Epidemiology*. 2007, roč. 165, č. 9, s. 998–1006. ISSN 00029262.
9. PALACIOS, Natalia, Xiang GAO, Eilis O'REILLY, Michael SCHWARZSCHILD, Marjorie L MCCULLOUGH, Tinisha MAYO, Susan M GAPSTUR a Alberto A ASCHERIO. Alcohol and risk of Parkinson's disease in a large, prospective cohort of men and women. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*. červenec 2012, roč. 27, č. 8, s. 980–987. ISSN 1531-8257.
10. TYRLÍKOVÁ, Ivana. *Neurologie pro sestry*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2007. 288 s. ; 21 cm. ISBN: 80-7013-287-6.
11. KRÁLÍČEK, Petr. *Úvod do speciální neurofyzologie*. 3., přeprac. vyd. Praha : Galén, 2011. x, 235 s. : il., tab. ; 28 cm. ISBN: 978-80-7262-618-2.
12. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. Praha : Karolinum, 2004. 399 s. : il. ; 22 cm. ISBN: 80-246-0080-3.
13. FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vyd. Praha : Grada, 2008. 253 s. : il. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-1914-6.
14. BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. 1. české vyd. Praha : Grada, 2007. xvi, 447 s. : il., tab. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-1915-3.

15. *Parkinson-Help* z. s. [online]. Praha, 2014 [cit. 2015-12-22]. Dostupné z:
<http://parkinson-help.cz/nemoc-je-tu/faze-nemoci/>
16. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2013. 186 s. : il. ; 32 cm. ISBN: 80-7013-285-X.
17. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha : Grada, 2014. 232 s. : il. ; 24 cm. ISBN: 978-80-247-4868-9.
18. SCHWARZ, Shelley Peterman. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008, 109 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2321-1.
19. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007. 237 s., [8] s. obr. příl. : il. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-1868-2.
20. GRUMAN, Jessie C. *První dny s vážnou diagnózou: praktický rádce v mezní životní situaci*. Vyd. 1. Praha : Euromedia Group - Ikar, 2008. 287 s. ; 21 cm. ISBN: 978-80-249-1164-9.
21. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 351 s. : il. ; 24 cm. ISBN: 978-80-247-1135-5.
22. HERDMAN, T (ed.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

SEZNAM ZKRATEK

ACH- Alzheimerova choroba

COMT- Inhibitory katechol-O- metyltransferázy

CT- komputerová tomografie

EEG- encefalografické vyšetření

EMG- elektromyografie

EP- evokované potenciály

fMR- funkční magnetická rezonance

L- Dopa- Levodopa

LS syndrom- syndrom chronické bolesti zad

MAO- B- Inhibitory monoaminoxidázy

MPTP- 1- metyl- 4- fenyl- 1, 2, 5, 6- tetrahydropyridin

MR- magnetická rezonance

ON/ OFF- zapnutý/ vypnutý, stavy zlepšené hybnosti/ stavy zhoršené hybnosti

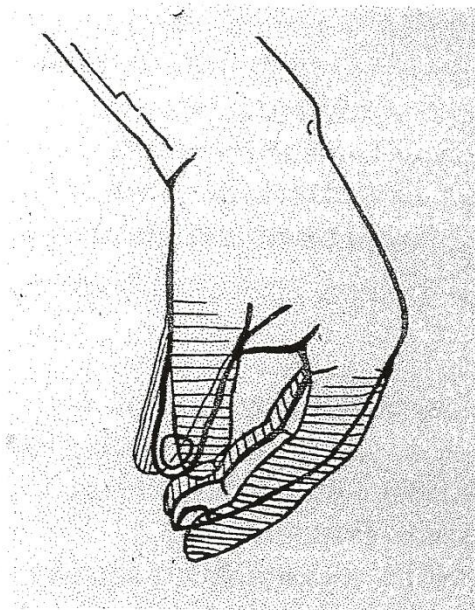
PET- pozitronová emisní tomografie

RTG- rentgen

SPECT- jednofotonová emisní tomografie

SEZNAM PŘÍLOH

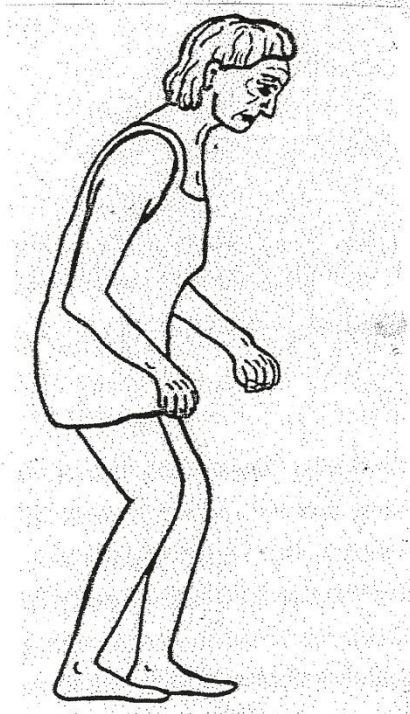
Příloha č. 1	Třes a postoj nemocného s PCH
Příloha č. 2	Orientační vyšetření kognitivních funkcí při podezření na demenci
Příloha č. 3	Deník nemocného
Příloha č. 4	Světová deklarace o PCH
Příloha č. 5	Informovaný souhlas
Příloha č. 6	Brožura



Třes u Parkinsonovy nemoci



Třes u Parkinsonovy nemoci



Typické držení těla u Parkinsonovy nemoci

Zdroj: ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 222 s. Medica. ISBN 978-80-7345-178-3.

Orientační vyšetření kognitivních funkcí při podezření na demenci u Parkinsonovy nemoci

Test	Sledovaná funkce
Mini Mental State Examination (MMSE)	Globální deficit/demence
Mattisova škála demence (DRS)	Globální deficit/diferenciace demence <ul style="list-style-type: none">■ pozornost■ iniciace■ konceptualizace■ konstrukce■ paměť
Frontal Assessment Battery (FAB)	Soubor krátkých zkoušek na frontální/exekutivní funkce
Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)	Deprese, apatie, psychotické projevy

Příloha č. 3

Deník nemocného

jméno																							
lék	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23 h				
dat.:	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23 h				
mimovolní pohyby																							
dobrá hybnost																							
ne zcela dobrá hybnost																							
výraznější třes, ztuhlost, zpomalenost																							

Zdroj: ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 222 s. Medica. ISBN 978-80-7345-178-3.

Světová deklarace o Parkinsonově nemoci

My, členové pracovní skupiny Parkinsonovy nemoci, vyzýváme vlády všech zemí a všechny poskytovatele zdravotní péče: Zapojte se do aktivit, které omezí dopady Parkinsonovy nemoci na pacienty i na celou společnost. Podporujte účinná opatření pro šíření znalostí a osvěty o Parkinsonově nemoci.

Parkinsonova nemoc postihuje všechny kultury a rasy na celém světě. Ovlivňuje každodenní život pacientů i jejich blízkých.

- Celosvětově je počet nemocných odhadován na 6,3 milionu.
- Nejméně jeden z deseti pacientů je mladší než padesát let.

Parkinsonova nemoc způsobuje problémy při přenosu povelů z mozku ke svalům a s postupujícím časem se stav pacienta dále zhoršuje. Vnímání a myšlení přitom není narušeno. Již více než 40 let je známo, že pohybové problémy nemocných jsou způsobeny úbytkem buněk, které produkují nervový přenašeč dopamin. Prvotní příčina tohoto úbytku je ale dosud neobjasněná, takže veškerá snaha o prevenci je zatím marná. V současnosti máme k dispozici možnost zmírnit symptomy a prodloužit aktivní život postižených pomocí léků, chirurgických zákroků a fyzioterapie.

Vhodnou strategií léčby a koncepce služeb můžeme účinně zvýšit kvalitu života nemocných, snížit náklady a celkové dopady na společnost.

Světová charta pacientů s Parkinsonovou nemocí

(přijata dne 11. 4. 1997) formuluje právo nemocných na:

- odbornou lékařskou péči se zaměřením na Parkinsonovu nemoc
- odpovídající vyšetření a stanovení přesné diagnózy
- přístup k sociálním službám
- soustavnou léčebnou péči
- spolurozhodování o léčbě

Žádáme vlády a zodpovědné instituce všech zemí světa:

- Podporujte realizaci požadavků této charty pomocí všech dostupných prostředků.
- Zvyšujte informovanost veřejnosti o Parkinsonově nemoci. Přispějte k odstranění jejího stigma a zamezte diskriminaci nemocných na pracovištích.
- Zlepšujte kvalitu života nemocných odpovídající péčí a vzděláváním. Podle studie efektivnosti nákladů se to celkově vyplatí.
- Zajistěte péči o pacienty ve všech stadiích onemocnění.
- Podporujte spolupráci neurologů a zdravotníků při hledání cest, jak zpřístupnit potřebnou péči všem lidem postiženým Parkinsonovou nemocí.
- Zřizujte poradenská centra vhodná pro konzultace, jak zvládnout nežádoucí účinky léčby, zejména u pacientů vyššího věku.
- Pro lepší pochopení důsledků Parkinsonovy nemoci podporujte spolupráci lékařů a zdravotníků s občanskými organizacemi, které hájí zájmy pacientů.
- Zapojte všechny etnické a kulturní skupiny pacientů, aby překonaly negativní postoje ve společnosti k chronickým neurologickým a psychiatrickým nemocem. Pomáhejte státům s méně vyvinutou péčí o parkinsoniky.
- Umožněte a podporujte výzkum nových metod léčby a prevence Parkinsonovy nemoci a rozvoj mezinárodních vědeckých týmů.

Pracovní skupina Parkinsonovy nemoci (2003)

Pracovní skupinu Parkinsonovy nemoci založila Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO) v Ženevě dne 27. května 1997

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma bakalářské práce: Ošetrovatelská problematika pacienta s Parkinsonovou chorobou

STUDENT:

Jméno:

Katedra: Ošetrovatelství a porodnická asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

E- mail:

VEDOUCÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno:

Katedra: Ošetrovatelství a porodnická asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

E- mail:

CÍL STUDIE

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na nahrávací zařízení. Záznam, který bude vytvořen, bude použit pouze pro výzkum a student ho bude sdílet pouze s vedoucím bakalářské práce. Po zpracování studie, budou všechny záznamy vymazány. Při prezentaci studie, mohou být některé úryvky z rozhovoru použity, citace budou vždy anonymní. Vaše totožnost nebude nikde uvedena, použit bude pouze pseudonym.

Pokud Vám některá z otázek nebude příjemná a nebudete na ni chtít odpovídat, nemusíte. Také můžete rozhovor kdykoliv ukončit nebo ze samotné studie odstoupit.

SOUHLAS S VÝZKUMNÍKEM

Tímto prohlašuji, že souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na nahrávací zařízení. Jsem srozuměn a rozumím tomu, že mohu kdykoliv rozhovor ukončit nebo od samotné studie odstoupit. Také jsem srozuměn s tím, že citace rozhovoru budou použity anonymně a ve studii nebude uvedena má totožnost.

Datum:.....

Podpis účastníka výzkumu:.....

Datum:.....

Podpis studenta:.....



**JAK PEČOVAT O NEMOCNÉHO
S PARKINSONOVOU
CHOROBU?**



BROŽURA PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY

OBSAH

ÚVOD	3
1 JAKÉ VLASTNOSTI, BY MĚL NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL MÍT A JAKÉ BY MĚL DODRŽOVAT ZÁSADY?	4
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	5
3 HLAVNÍ PROJEVY NEMOCI A INTERVENCE.....	6
3.1 Tremor	6
3.2 Rigidita	6
3.3 Dyskineze, Hypokineze a Bradykineze.....	6
4 HLAVNÍ PROBLÉMY NEMOCNÉHO A INTERVENCE.....	7
4.1 Pohyb	7
4.2 Pokožka.....	7
4.3 Výživa a vyprazdňování	7
4.4 Psychika a socializace.....	7
5 ZÁVĚR.....	9

ÚVOD

Parkinsonova choroba, je neurodegenerativní onemocnění, kdy dochází k postupné ztrátě dopaminu v bazálních gangliích. Dopusud není známa přesná příčina této choroby. Jedním z hlavních rizikových faktorů je věk, pohlaví, ale zmínky jsou také o genetických faktorech nebo faktorech životního prostředí. Výskyt choroby je zejména u lidí kolem šedesátého roku života, jsou ale případy, kdy se choroba vyskytla v dřívějším nebo pozdějším věku. Průběh choroby je zprvu mírný, mezi první projevy choroby patří zejména třes. Následně se projevují další příznaky, jako je svalová ztuhlost, mimovolné pohyby, pokles hybnosti a zpomalení pohybu. Léčba choroby spočívá hlavně v tom, aby byla co nejdéle udržena kvalita života a oddálení následující fáze choroby. Výskyt této choroby vzrůstá, a proto je nutné se s ní seznámit a znát základy péče o takto nemocné, se kterými se nyní můžeme častěji setkat na svém pracovišti.

1 JAKÉ VLASTNOSTI, BY MĚL NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL MÍT A JAKÉ BY MĚL DODRŽOVAT ZÁSADY?

- Základní vlastností, by měla být empatie
- Jednou z dalších vlastností je trpělivost
- Sestra i další nelékařský zdravotnický personál, by měl být seznámen s onemocněním klienta a mít dostatečné znalosti
- Na nemocného by měl mít personál vždy dostatek času a nespěchat na něj
- Personál by neměl být zbrklý a pomalu mluvit, aby mu nemocný rozuměl
- Všechny úkony, by měli být nemocnému vždy vysvětleny

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

- Nutností je individuální přístup k nemocnému
- Vždy by měl být nejprve zhodnocen stav nemocného. V počátečních stádiích je ve většině činností soběstačný, později je nutná pomoc při některých činnostech a v posledních stádiích, kdy je nemocný často imobilní, se jedná zejména o péči u lůžka.
- Je nutné zaměřit se na stádium choroby a také zjistit možná přidružená onemocnění. Dále je důležité zhodnocení potřeb nemocného, jeho problémů, které mohou být v různých oblastech a zjistit jeho míru soběstačnosti. Na základě těchto informací, by měla být zvolena ošetrovatelská péče.

3 Hlavní projevy nemoci a intervence

3.1 Tremor

Tremor neboli třes. Jeden z hlavních projevů choroby. Nejčastěji se vyskytuje na jedné končetině, zejména horní, ale může se vyskytovat i na polovině těla nebo všech končetinách. Může mít také různou intenzitu, kterou je nutné zhodnotit a následně nemocnému pomoci v činnostech, které mu třes znemožňuje vykonávat, například při jídle. Řešen je medikací, ale jednou z možností, jak ho zmírnit je zaměstnání končetin a odvedení pozornosti.

3.2 Rigidita

Rigidita neboli svalová ztuhlost. Další z hlavních projevů choroby, díky kterému je nemocný omežován, zejména v pohybu. Může pociťovat bolest, z důvodu přetěžování ostatních svalů. Je nutné zjistit, kdy nemocného tento problém nejvíce obtěžuje, často to bývá zejména ráno, před podáním léků nebo v noci, je to individuální. Nemocný díky ní nemůže vykonávat některé činnosti, například hygienu. Řešena je zejména medikací, pravidelným cvičením a masážími.

3.3 Dyskineze, Hypokineze a Bradykineze

Dyskineze, Hypokineze a Bradykineze, neboli samovolné pohyby, pokles hybnosti a zpomalení pohybu. Další problémy, které nemocného velice obtěžují a omezují ho v činnostech a pohybu, nesouvisí však s rigiditou. Tyto problémy se projevují také na mimice nebo řeči. Zde je důležité, aby byl personál trpělivý a měl dostatek času, je zde nutná pomoc při některých aktivitách. Opět jsou tyto problémy individuální a jsou řešeny zejména medikací a dostatečným pohybem.

4 HLAVNÍ PROBLÉMY NEMOCNÉHO A INTERVENCE

4.1 Pohyb

Z důvodu výše zmíněných projevů je nemocný nejvíce omezován v pohybu. Nemocný má nejistou chůzi, díky které je zde riziko pádu, je nezbytné nemocného o tomto riziku dostatečně edukovat. Je nutné zajistit dostatečný prostor, vyhnout se koberecům a dle potřeby zvolit kompenzační pomůcky, například hůlky nebo chodítko. Možností je i doprovod, kdy personál nemocného doprovází, například venku.

4.2 Pokožka

Nemocný může trpět suchou nebo naopak mastnou pokožkou. V obou případech je nutné o pokožku pečovat. V případě suché pokožky je důležité její promazávání a dostatečná hydratace. V případě mastné pokožky, je nutná dostatečná hygiena, popřípadě návštěva kožního lékaře. Také se může vyskytovat problém s pocitem suchosti v ústech a hrdle, který je řešen zejména dostatečnou hydratací.

4.3 Výživa a vyprazdňování

V pozdějších stádiích se objevují problémy v oblasti výživy nebo vyprazdňování. Ohledně výživy mohou mít problém při jídle, z důvodu zvýšeného třesu, je nutné zajistit nemocnému pomůcky, aby byli schopni se nasytit. Možné je riziko aspirace, proto je dobré, vyhýbat se některým pokrmům a stravu přizpůsobit stavu nemocného. V oblasti vyprazdňování se u nemocných vyskytují problémy se zácpou, které mohou dojít až k ileu, který je může ohrožovat na životě. Proto je důležitá pravidelná kontrola vyprazdňování a popřípadě je řešit.

4.4 Psychika a socializace

Opomíjena by neměla být ani psychika nemocného, která může mít vliv na jeho léčbu. Tato choroba změní nemocnému kompletně jeho dosavadní život. Nemocní jsou často v péči psychiatra a užívají léky na psychiku. Nejvíce je trápí projevy nemoci a ztráta soběstačnosti. Velké obavy mají z budoucnosti, jelikož vědí, co je čeká a jak se nemoc bude vyvíjet. Velkou oporou je pro ně často rodina, ale důležitý je i personál, který může být pro nemocného též oporou a motivovat ho. Důležitá je i socializace nemocného, pokud sám chce. Nemocní se často vyhýbají společnosti. Kvůli projevům choroby, nemocný

nemůže vykonávat určité aktivity a činnosti, které byly jeho zálibou. Je dobré najít alternativu a činnost, kterou může nemocný vykonávat a nebude tak vyčleněn z kolektivu.

5 ZÁVĚR

Z důvodu narůstajícího výskytu Parkinsonovi choroby je nutné, aby byl nelékařský zdravotnický personál více informovaný. V současné době, se choroba vyskytuje i u lidí, kterým je pouhých 40 let. Proto se zdravotník může setkat s takto nemocným, na jakémkoliv oddělení. Pokud nemáte doposud žádné zkušenosti s takto nemocným, buďte na tuto možnost připravení a ulehčete mu pobyt ve vašem zařízení. Pro nemocného je jeho choroba a její projevy již dostatečnou přítěží. Snad vám bude tato brožura dostatečně nápomocna při péči o nemocného s Parkinsonovou chorobou.